BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE PLON FRÈRES,
RUE DE VAUGIRARD, 36.



BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT LES ANNÉES 1851 ET 1852.



TOME DEUXIÈME.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1852

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

L

M

N

O

P



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS



SÉANTE RUE D'ANJOU-DAUPHINE.

Séance du 18 *décembre* 1850.

Présidence de M. Larrey.

A propos du procès-verbal.

M. Chassaignac communique l'observation d'une femme actuellement dans son service, et sur laquelle il a pratiqué l'ablation de la grande et de la petite lèvre du côté gauche pour la débarrasser d'une éléphantiasis. Il y a quelques années, Blandin avait pratiqué la même opération du côté opposé; la tumeur s'était surtout développée du côté de l'anus. Au moment de l'entrée de la malade, comme la tumeur était irritée, on aurait pu croire un instant à un esthiomène; mais le doute cessa bientôt. L'ablation de cette éléphantiasis donna lieu à une hémorrhagie qui fut promptement arrêtée.

M. Monod eut occasion d'observer le fait suivant : Il y a un certain nombre d'années, un jeune marié lui présenta sa femme ; elle était affectée d'une éléphantiasis de la grande lèvre gauche, tellement volumineuse que la malade, pour n'être pas gênée dans la marche, la rejetait en arrière entre les cuisses; cette tumeur enlevée, il fut constaté qu'elle pesait quatre livres. La tumeur était surtout formée par la peau et le tissu cellulaire hypertrophié. La lèvre du côté opposé était aussi malade, mais à un degré bien

inférieur. Cette femme a eu plusieurs enfants, et depuis dix ans M. Monod l'a perdue de vue.

M. Larrey rappelle que l'hypertrophie, ou l'éléphantiasis de la vulve, n'est pas une maladie rare en Orient. Son père l'a observée lors de l'expédition d'Egypte, et l'a décrite sous le nom de sarcocèle de la femme, en la comparant à la même affection, plus fréquente encore dans ce pays, chez l'homme, siégeant essentiellement dans le scrotum, à l'exclusion des testicules, et à laquelle Larrey a donné aussi le nom de sarcocèle.

Clot-Bey, comme lui, en a fourni une description exacte avec plusieurs planches.

M. Larrey ajoute que dans un cas rapporté par son père, chez la femme d'un fellah du Caire, atteinte d'ailleurs d'éléphantiasis aux jambes, les deux grandes lèvres offraient un volume considérable, constituant une double tumeur pédiculée, dure, insensible et comme squirrheuse.

Resterait à savoir si, dans tous les cas observés jusqu'ici, on a rencontré les mêmes caractères de dégénérescence de la vulve.

M. Deguise demande à M. Lebert des détails sur la tumeur carcinomateuse enlevée par lui sur un vieillard.

M. Lebert communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée à la Société par M. Deguise fils. Il y a trouvé les cellules cancéreuses d'un aspect tout à fait lisse ; mais ce n'est pas au microscope de décider si la tumeur était squirrheuse ou encéphaloïde. De même que l'une et l'autre forme sont la même maladie, de même aussi on y trouve les mêmes cellules ; et c'est plutôt à l'examen à l'œil nu à décider cette question, vu que l'encéphaloïde ne diffère du squirrhe que par une moindre quantité de tissu fibreux ; et que de degrés intermédiaires ne rencontre-t-on pas entre les deux !

Les portions du tissu cancéreux de cette tumeur qui offraient un aspect jaunâtre, et dont on faisait sortir, par la compression, un suc ressemblant à des vermisseaux, étaient infiltrées de matières grasses, infiltration des plus fréquentes dans toutes sortes de tumeurs cancéreuses ou autres. En Allemagne, quelques auteurs ont envisagé cette infiltration graisseuse comme une tendance curative; nous n'y voyons autre chose qu'une altération du tissu cancéreux qui est toute locale; car à côté de ces portions ternes en voie de

destruction cellulaire, il y a et il se forme encore incessamment beaucoup de tissu et de globules cancéreux de l'aspect le plus lisse, et qui dénotent l'action toujours présente de l'altération générale de l'économie en vertu de laquelle le cancer se localise, et fait finalement succomber celui qui en est atteint.

Correspondance.

M. Cazenave, de Bordeaux, adresse à la Société trois observations de lithotritie et de taille bilatérale faite avec succès.

Une commission composée de MM. Marjolin, Demarquay et Guersant est chargée d'examiner ce travail et de faire un rapport.

M. Michon vient, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Cullerier, rendre compte de l'examen qui a été fait des malades opérées par M. Maisonneuve de la fistule vésico-vaginale.

La première malade soumise à l'examen de la commission est une femme ayant éprouvé une perte de substance considérable à la paroi vésico-vaginale. La dilatabilité considérable de la vulve permit de constater la suture faite sur la paroi vaginale supérieure. Des injections pratiquées avec force dans la cavité vésicale ne laissent suinter aucune goutte de liquide dans la cavité vaginale. La capacité de la vessie est diminuée; l'opérée ne peut point, quand elle est debout, garder ses urines au delà de deux heures. Dans le décubitus, les urines sont gardées plus longtemps. Ce liquide excréteur est rendu quelquefois involontairement et en petite quantité quand la malade fait un effort ou qu'elle a résisté trop longtemps au besoin d'uriner.

La seconde malade opérée par M. Maisonneuve a tiré un parti avantageux de l'opération ; mais elle n'est pas complétement guérie ; il reste encore un pertuis à combler. Ces deux malades ont été opérées par la méthode ordinaire.

M. Michon invite M. Maisonneuve à informer la Société de Chirurgie du résultat des tentatives nouvelles auxquelles il doit se livrer.

M. Maisonneuve a constaté avec la commission qu'il existe sur la seconde opérée, à 7 ou 8 lignes du méat urinaire, un pertuis que des injections faites pendant dix jours et à plusieurs reprises ne lui avaient pas permis de constater. Il se propose d'opérer prochainement une malade ayant une fistule vésico-vaginale qui a plus de

15 centimètres de circonférence. Toute la paroi vésicale manque et une partie de l'urètre; M. Maisonneuve croit devoir faire une large incision périnéale pour se donner du jour, afin d'accomplir plus facilement les divers temps de l'opération.

M. Huguier signale une particularité anatomo-pathologique qu'il a eu occasion de constater il y a peu de temps. En effet, sur une malade affectée de fistule vésico-vaginale et qui tout récemment encore était dans son service, on constatait qu'il y avait une interruption complète du col de la vessie; le doigt introduit dans le vagin arrivait sur la symphyse pubienne; la vessie était reportée en haut et en arrière et l'urètre en avant. Une sonde introduite dans le méat urinaire tombait dans la cavité vaginale.

Dans ce cas, ajoute M. Huguier, on ne pouvait songer qu'à une seule opération, l'oblitération du vagin.

M. Vidal (de Cassis). Je désire commencer mes remarques par cette déclaration : Je considère l'opération de M. Jobert comme un progrès chirurgical, et comme j'ai imprimé dans mon livre que la cure radicale de la fistule vésico-vaginale était impossible, je viens ici me rétracter.

Ainsi la guérison est possible.

Mais cette guérison est-elle absolument complète?

Eh bien! le fait de M. Maisouneuve, le fait de M. Michon prouvent que les malades, en prenant certaines positions, en se tenant debout, par exemple, perdaient après deux heures leur urine par l'urètre. J'avais prévu ce résultat, que j'ai fait connaître il y a longtemps. J'ai dit : Si vous parveniez à empêcher la femme de perdre ses urines par le vagin, elle les perdrait par l'urètre. J'ai été conduit à cette proposition par ce que j'ai observé à la suite d'une forte cautérisation que je fis des bords d'une fistule vésico-vaginale. La cautérisation s'étendit à une grande partie du vagin, lequel se gonfla beaucoup; la paroi postérieure du vagin s'appliqua contre la paroi antérieure et oblitéra l'ouverture du bas fond de la vessie. Ainsi, les urines ne coulèrent plus par le vagin; mais, quand l'opérée se levait, elle ne pouvait retenir plus d'une heure les urines; elle les perdait par l'urètre. Quand le *dégonflement* du vagin arriva, l'infirmité se reproduisit. Ainsi, cette maladie fut *provisoirement* dans l'état où se trouvent *définitivement* les femmes opérées avec succès par M. Jobert.

Mais, si réellement la vessie des opérées pouvait se dilater et même beaucoup, on pourrait espérer que la petite perte d'urine qui a lieu par l'urètre finirait par cesser.

Hygroma considérable.

M. Huguier présente un homme affecté d'un hygroma considérable survenu en neuf jours. Cet homme exerce la profession de carrelier. La maladie affecte le genou droit. La tumeur formée par l'épanchement du liquide a 19 centimètres d'étendue de haut en bas, et 8 centimètres suivant le diamètre transversal; elle repose sur le droit antérieur de la cuisse, sur la face antérieure de la rotule, le tendon sous-rotulien et la partie supérieure et antérieure du tibia. M. Huguier se propose de faire une ponction et une injection.

M. Debout ayant vu les frictions mercurielles réussir dans ce cas, il prie M. Huguier de tenter la résolution par ce moyen.

M. Deguise fils pense qu'en raison du peu d'ancienneté de la maladie, la compression et le séjour au lit doivent amener la guérison du malade.

M. Marjolin a eu occasion de traiter dix malades affectés d'hygroma; il retira de l'avantage de l'application des compresses trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, comme le faisaient son père et après lui M. Blandin. Mais dans quelques circonstances ce traitement ayant échoué, il a eu recours à la ponction de la tumeur, et, dans un cas, à la cautérisation avec le caustique de Vienne. Sur le malade où il fit usage du caustique de Vienne, il eut des accidents inflammatoires graves à combattre : les hygroma traumatiques sont plus rebelles au traitement; il en est de même des hygroma anciens avec épaississement des parois.

M. Huguier fait observer que sur le malade qu'il a présenté on n'entend aucun bruissement dû à la présence de corps étrangers, mais en comprimant un peu fortement on sent quelques rugosités situées au-devant de la rotule.

A l'occasion du cas intéressant que vient de présenter M. Huguier, eu égard surtout à la sensation perçue par le toucher dans l'exploration de la tumeur, M. Larrey appelle l'attention de la Société sur un point du diagnostic des corps étrangers de l'articulation du genou. Il a reconnu, d'après la remarque qu'il avait en-

tendu faire par le professeur Marjolin, que quelquefois on rencontre dans le genou, en palpant sa surface, un ou plusieurs corps plus ou moins durs, résistants, assez mobiles, et paraissant adhérer à la membrane synoviale, mais non libres ou flottants à l'intérieur de la cavité, comme le sont les concrétions articulaires proprement dites. Cette production accidentelle n'est autre qu'un renflement partiel, un bourrelet ou un repli induré de la synoviale, et elle ressemble tellement à un corps étranger par la sensation qu'elle transmet au toucher, qu'elle peut donner lieu à une erreur grave de diagnostic, si d'après cela on est conduit à tenter l'extirpation.

C'est ainsi que Bérard (Auguste) se disposait un jour à opérer en ville un jeune homme chez lequel Marjolin, appelé en consultation, reconnut la disposition dont il s'agit et qu'il avait déjà observée chez d'autres. Inutile d'ajouter que l'opération ne fut point faite.

M. Larrey serait porté à croire, en conséquence de cette remarque et en raison des dangers de l'extirpation des corps étrangers articulaires, qu'on ne devrait point se décider à l'opération lorsque ces produits accidentels ne sont pas entièrement détachés, libres et flottants dans l'articulation.

Transfusion.

M. Nélaton rapporte l'observation suivante :

« Une jeune femme de vingt ans, arrivée au terme de l'accouchement, se présente à Saint-Louis pour y faire ses couches. Elle avait été fatiguée par des hémorrhagies tenant à l'insertion du placenta sur le col. Les internes, sous la direction desquels elle avait été toute la journée, avaient fait avec beaucoup d'intelligence ce qu'il y avait à faire ; le seigle ergoté avait été donné, et M. Lescun avait tenté de faire la version. L'hémorrhagie avait surtout été abondante de trois heures de l'après-midi à neuf heures du soir ; à cette heure, la malade fut considérée comme morte par la sœur et les infirmières. Le directeur fut alors prévenu, et M. Nélaton fut demandé. Il arriva à onze heures du soir ; il trouva la malade dans l'état suivant : La malade est inanimée, la peau froide ; le pouls, à peine perceptible, consistait en petites vibrations intermittentes. La version est immédiatement pratiquée par M. Nélaton ; il va à la recherche des pieds et termine l'accouchement, décolle le placenta

et excite les contractions utérines à l'aide de la main placée dans la cavité utérine. L'hémorrhagie cesse, mais la chaleur ne revient pas; le pouls persiste dans le même état; la pâleur persiste également, malgré le vin de Bordeaux, le vin de Bagnols, le bouillon et tous les moyens externes qui avaient été mis en usage pour ramener les forces de la malade. Après une heure et demie de l'emploi inutile de ces moyens, M. Nélaton pratique la transfusion de la manière suivante :

» La médiane céphalique fut mise à nu, un fil fut passé sous elle à l'aide d'un stylet. Cette veine fut incisée obliquement de manière à avoir un petit lambeau, qu'on pouvait relever avec facilité; l'extrémité d'une seringue à hydrocèle fut reçue dans l'intérieur de la veine, et le corps de cet instrument ainsi que la palette qui devait recevoir le sang furent maintenus à 35 degrés centigrades environ. M. Dufour, interne des hôpitaux, fournit le sang qui devait être transfusé. Dans une première injection faite lentement, on fit pencher les deux tiers environ du sang contenu dans le corps de la seringue; dans une seconde injection faite de la même manière, on en fit pénétrer la moitié. Le cœur, après cette transfusion, ne présentait aucun bruit de souffle; le pouls était un peu relevé; l'angoisse précordiale avait cessé, ainsi que l'étouffement; la soif était alors très grande: le vin, le bouillon furent continués, avec des boissons abondantes.

» Le lendemain au matin, la malade se plaint de fatigue; la chaleur est revenue; le pouls est développé; la respiration est bonne.

» Le deuxième jour de l'opération, il survint de la réaction et de la tension des mamelles.

» Le cinquième jour, le pouls est à 104. La malade est assez bien; mais, dans la journée, il survient un frisson qui fait craindre pour les jours de la malade. La veine ne s'est point enflammée.

» M. Nélaton ajoute, en terminant, que la compression de l'aorte de même que celle des artères crurales avaient été insuffisantes pour ranimer la malade et ramener les battements normaux du cœur après la délivrance. »

M. Monod déclare avoir eu à se louer de la compression de l'aorte comme moyen hémostatique.

M. Larrey exprime le désir de voir M. Nélaton reprendre la

question de la transfusion au point de vue historique, physiologique et thérapeutique.

M. Debout rappelle que, il y a peu de temps, une action judiciaire a été intentée à un médecin du midi de la France à propos de la transfusion qu'il avait pratiquée.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 7 janvier 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos du procès-verbal, M. Vidal revient sur quelques-unes des considérations qu'il a présentées dans la précédente séance sur la curabilité des fistules vésico-vaginales et sur la difficulté qu'éprouve la vessie, après cette guérison, à contenir parfaitement les urines.

M. Lenoir s'étonne que M. Vidal ait attendu si longtemps pour reconnaître la curabilité des fistules vésico-vaginales. Le nombre des succès obtenus depuis quelques années s'élève à 12 ou 13, et ils ont été réalisés par plusieurs chirurgiens. Il y a quelques années que M. Lenoir a réussi dans cette opération en apportant au procédé opératoire la modification suivante : pour faire avec plus de facilité l'avivement de la lèvre antérieure de la fistule, il introduisit son petit doigt dans le canal de l'urètre, et en le fléchissant tout en tirant vers soi, il amena la lèvre antérieure dans une situation telle que l'avivement devint très facile; il obtint dans ce cas un résultat fort satisfaisant. Toutefois, la malade perdait, après son opération, lorsqu'elle avait été quelque temps sans satisfaire au besoin d'uriner, ou qu'elle faisait un effort, une certaine quantité d'urine. M. Jobert, qui vit l'opérée, crut que l'inconvénient dont nous venons de parler tenait à la dilatation forcée des fibres du sphincter vésical par l'introduction du petit doigt. Il résulte de l'examen de la femme opérée par M. Maisonneuve que cette légère incontinence tient au défaut de capacité de la vessie.

M. Vidal dit que, s'il n'a point rétracté plus tôt ce qu'il a écrit dans son *Traité de pathologie*, c'est que la faveur du public ne lui

a pas permis encore de donner une troisième édition de cet ouvrage ; d'ailleurs, ajoute-t-il, je ne pouvais le faire dans un lieu plus convenable qu'au sein de la Société de Chirurgie. Quant à la modification apportée au procédé de l'avivement généralement suivi dans les fistules vésico-vaginales, M. Vidal fait remarquer que Sanson avait, dans une circonstance, introduit le doigt dans le canal urétral pour faire basculer la lèvre antérieure, et que, dans une autre, il fit des débridements sur les parties latérales de la vessie.

M. Maisonneuve. Dans la dernière séance, notre confrère a dit à la Société qu'il se proposait d'opérer de la fistule vésico-vaginale une femme dont la paroi inférieure de la vessie était complétement détruite. La matrice ne se laissant pas abaisser, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante, en présence de plusieurs de nos collègues: Une incision partant du col utérin est venue inciser le plancher périnéal en passant sur les parties latérales du rectum et de l'anus, qui furent respectées, et elle vint se terminer au niveau du coccyx ; aucun vaisseau important n'a été intéressé ; le rectum fut mis de côté. Cette voie largement ouverte, M. Maisonneuve détacha la vessie de l'utérus, des parois du bassin. Le canal de l'urètre fut soigneusement respecté dans ce temps de l'opération. Une branche artérielle fut ouverte du côté de l'obturation. L'avivement se fit avec facilité à l'aide de ciseaux. Huit points de suture furent appliqués. Toutefois, depuis l'opération, il se produit une petite hémorrhagie dans la plaie préliminaire à l'opération, et le résultat ne paraît pas devoir être en tous points satisfaisant, car il s'écoule une certaine quantité d'urine par le vagin. M. Maisonneuve espère que la réunion se sera faite dans une certaine étendue.

M. Deguise demande comment, après avoir réuni la plaie qui a permis à M. Maisonneuve de faire son opération, il a pu aller à la recherche des fils qu'il avait placés dans le vagin. On sait, ajoute M. Deguise, que M. Jobert attache beaucoup d'importance à l'enlèvement de ces fils et qu'il a attribué certains insuccès à un fil laissé en place.

M. Forget. Le procédé mis en usage par M. Maisonneuve doit fixer l'attention des chirurgiens; quant aux fils laissés à demeure, ils tombent d'eux-mêmes, c'est un fait certain ; mais ils entraînent

avec eux une eschare, et le résultat est en opposition directe avec celui qu'on veut obtenir. Il a vu 15 fistules opérées par M. Jobert, et toujours ce chirurgien a eu grand soin au troisième et au quatrième jour de couper les fils et de les extraire ; toutefois, il importe de savoir quel sera l'avenir des modifications apportées par M. Maisonneuve au traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve déclare qu'il ne croit pas à la réunion par première intention des plaies faites dans l'opération de fistule vésico-vaginale, et quant à la présence des fils et aux pertuis qu'ils peuvent occasionner, il ne s'en inquiète pas beaucoup ; il compare ce qui se passe dans cette circonstance à ce que nous voyons après l'opération de la staphyloraphie. Les fistules qui peuvent rester à la suite de cette opération s'oblitèrent d'elles-mêmes ou par de légères cautérisations. Ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est le contact parfait et assez prolongé. Et qu'a fait M. Jobert pour amener ainsi du tissu cicatriciel au point de contact? Il a pratiqué de larges débridements, et c'est là la partie capitale, essentielle, du procédé de ce chirurgien. Quant à lui, il n'ajoute pas une grande importance à l'ablation des fils au quatrième et au cinquième jour. Les petites eschares qu'ils peuvent produire ne balancent pas l'avantage de conserver pendant quelque temps à la plaie des conditions favorables à la réunion.... Puis, en terminant, M. Maisonneuve ajoute : Pour M. Jobert, il est encore des cas incurables, des cas au-dessus des ressources de l'art. J'ai l'espoir d'en diminuer le nombre par les larges incisions périnéales que je propose, et qui permettent au chirurgien d'agir librement et comme à ciel ouvert.

— *M. Cazenave* (de Bordeaux) adresse un travail manuscrit à la Société de Chirurgie pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail est accompagné de planches, et il a pour titre : *Recherches sur l'épaisseur des parois abdominales antérieures et périnéales dans leurs rapports avec la taille*, avec trois instruments propres à déterminer cette épaisseur. Une commission composée de MM. Michon, Chassaignac et Guersant, est chargée de faire un rapport.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 15 *janvier* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Denonvilliers, juge du concours de clinique chirurgicale, demande un congé. (Accordé.)

— *M. Vialle*, chirurgien de l'hôpital Saint-Étienne, adresse un travail composé de deux observations de hernie volumineuse :

1° Réduction avec déchirure de l'intestin et guérison ;

2° Réduction naturelle et mort.

(Une commission composée de MM. Huguier, Marjolin et Boinet rendra compte de ce travail.)

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas Championnière, tome XXII, janvier 1851, Ier cahier.

— M. Maisonneuve donne lecture du travail suivant :

Note sur un nouveau moyen de diagnostic de la fracture du péroné par divulsion, ou fracture sus-malléolaire.

Malgré les travaux modernes sur la fracture du péroné, tous les praticiens savent combien, dans certains cas, il est encore difficile d'établir d'une manière positive l'existence de cette lésion. Les moyens diagnostiques proposés par Dupuytren, ceux proposés par moi-même il y a quelques années, celui proposé plus récemment par M. Nélaton, laissent beaucoup à désirer au lit du malade. Je crois donc rendre service aux praticiens en leur indiquant un signe qui ne m'a point encore fait faute, et qui, d'une appréciation toujours facile dans les cas même les plus obscurs, subsiste alors que tous les autres font défaut, et permet même de reconnaître la forme, la direction et la position exacte de la fracture; ce signe n'est autre que le mouvement de bascule du fragment inférieur sur la facette articulaire du tibia.

Voici comment on le perçoit. Avec les quatre derniers doigts de la main gauche (s'il s'agit de la jambe gauche), on embrasse la face antérieure et interne du tibia, tandis que le pouce de la même

main vient appuyer fortement sur le bord postérieur du péroné, un peu au-dessus de la malléole externe. Avec les quatre derniers doigts de la main droite, on embrasse la plante du pied, tandis que le pouce de la même main vient appuyer sur le sommet de la malléole externe; alors, en exerçant alternativement avec l'un et l'autre pouce une pression assez forte, on éprouve la sensation suivante : au moment où le pouce droit presse sur la malléole externe, le pouce gauche, placé plus haut, sent l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui se soulève, et peut alors reconnaître facilement sa forme et sa direction. Lorsqu'au contraire, cessant la pression sur la malléole, on presse avec le pouce supérieur, l'extrémité du fragment se remet en place et la saillie cessc d'être perçue; c'est donc en faisant basculer le fragment inférieur au moyen d'une douce pression exercée sur l'une et l'autre extrémité que l'on rend sensibles cette mobilité et cette saillie anormale. L'expérience m'a prouvé que l'on distinguait ainsi sans difficulté les fractures de l'extrémité inférieure du péroné par divulsion.

Quelques personnes penseront peut-être que la manœuvre dont je parle n'est autre chose que la manœuvre vulgaire employée pour reconnaître la mobilité dans toutes les fractures, et spécialement indiquée par Dupuytren pour la fracture du péroné. Cette pcnsée ne serait pas exacte. Dans les fractures ordinaires, en effet, et d'après le précepte spécial de Dupuytren pour la fracture du péroné, on cherche à percevoir la mobilité et la crépitation en prcssant alternativement sur le fragment supérieur et le fragment inférieur. Or, dans la manœuvre que j'indique, c'est sur les deux extrémités du même fragment inférieur que doit s'exercer la pression.

Ce précepte, du reste, n'est point empirique ; il repose sur la connaissance exacte de la disposition des fragments. Dans la fracture sus-malléolaire, ou par divulsion, la coupe des fragments est toujours oblique, ainsi que je l'ai établi en 1840. Cette obliquité est telle, que le fragment inférieur se prolonge en pointe vers le bord postérieur du péroné, tandis que le fragment inférieur se prolonge en avant. D'une autre part, le fragment supérieur, fortement attaché au tibia par le ligament interosseux, ne jouit d'aucune mobilité, tandis que le fragment inférieur, reposant, commc le fléau d'une balance, sur l'extrémité inférieure de la facette ex-

terne du tibia, cède facilement aux pressions exercées à ses deux bouts.

Toute pression exercée alternativement sur les deux fragments, ainsi que le conseille Dupuytren, ne peut donc donner aucun résultat, tandis que la pression exercée alternativement sur les deux extrémités du même fragment inférieur donne lieu à une sensation de soulèvement qui permet d'apprécier les dispositions les plus délicates de forme, d'étendue, de direction et de siége de la fracture.

M. Debout fait observer que le signe donné par M. Maisonneuve n'est pas nouveau, et qu'il a été donné par M. Robert il y a plusieurs années, dans ses leçons de clinique chirurgicale.

M. Maisonneuve. Avant d'accepter la réclamation de M. Debout en faveur de M. Robert, il désirerait que notre collègue voulût bien lui indiquer l'endroit où ce signe a été consigné et imprimé; quant à lui, il a fouillé les annales de la science à propos du travail qu'il a publié il y a quelques années sur les fractures du péroné, et n'a rien trouvé d'analogue à ce qu'il indique. Pour ce qui est de la valeur de ce signe, M. Maisonneuve y attache tant d'importance, qu'il croit qu'il n'y a plus désormais de fracture probable, même quand il y a un gonflement considérable des parties molles environnant la malléole externe.

M. Marjolin accepte le signe donné par M. Maisonneuve comme très bon, mais il ne peut admettre que la dénomination si sage de fracture probable puisse être rayée de la science; il est des circonstances où le chirurgien ne peut pas se prononcer d'une manière absolue. Ainsi, un chirurgien est appelé par un magistrat pour constater l'état d'un homme sur la partie inférieure duquel une roue de voiture a passé; il y a un gonflement considérable du membre et une grande sensibilité dans les parties contuses: une exploration minutieuse de la partie pour arriver au diagnostic aurait, dans cette circonstance, des inconvénients. Que doit faire le chirurgien? Il doit, suivant M. Marjolin, dire dans son rapport qu'il y a une fracture probable, et déterminer ultérieurement l'état exact des parties.

M. Huguier veut que l'on distingue deux choses dans le travail de M. Maisonneuve: l'une, parfaitement connue, donnée par Dupuytren, c'est le mouvement de bascule qu'on imprime au fragment

inférieur en pressant sur la malléole externe; l'autre, neuve, suivant lui, et appartenant à notre confrère, consistant à placer le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, de manière à le faire basculer. Toutefois, M. Huguier déclare avoir à plusieurs reprises employé le procédé recommandé par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, tout récemment encore sur un malade qui était sorti d'un hôpital comme n'étant affecté que d'une entorse, et sur lequel il constata parfaitement la fracture en plaçant le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, tandis qu'il faisait des pressions avec l'autre pouce sur la partie inférieure de la malléole.

M. Maisonneuve, en présentant son travail à la Société de Chirurgie, s'attendait aux observations qui lui sont faites; mais il est tellement convaincu de la bonté du moyen proposé par lui, qu'il insiste pour qu'il soit mis à l'épreuve par ses collègues. Des fractures du péroné qu'il n'avait pu reconnaître par le procédé de Dupuytren ni par celui plus récemment formulé par M. Nélaton, il a pu les reconnaître parfaitement en suivant les préceptes qu'il donne. Sur le cadavre, en faisant des expériences propres à éclairer la fracture du péroné, il a pu constater la mobilité des fragments, bien que le périoste fût intact.

M. Lenoir conserve des doutes sur la nouveauté du signe dont il s'agit, sur la facilité que le praticien doit éprouver à le trouver, et sur l'infaillibilité dont il jouirait pour établir le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

M. Maisonneuve, dit-il, distingue la manœuvre qu'il emploie de celle qu'il nomme *banale*, et qui consiste à faire basculer la malléole externe sur le bord correspondant de l'astragale avec une main tandis qu'avec l'autre on presse sur le point du péroné où l'on suppose que la fracture existe; dans la sienne, au contraire, on applique les pouces des deux mains sur le seul fragment inférieur, l'un en haut et l'autre en bas de ce fragment. Mais, pour se comporter ainsi, ne faut-il pas savoir d'avance où se trouve l'extrémité supérieure de ce fragment inférieur? Or, si l'on sait cela, on sait qu'il y a une fracture et on sait où elle existe; on n'a donc pas besoin d'un signe nouveau pour la reconnaître. En second lieu, croit-on qu'il sera toujours très facile, dans une fracture obli-

que d'un os aussi mince que l'est le péroné au-dessus des malléoles, de n'appliquer le pouce que sur un des deux fragments, surtout quand cette exploration sera faite dans les seuls cas difficiles, ceux où il existe du gonflement ?

On dit, il est vrai, que l'extrémité supérieure du fragment inférieur est, dans toutes les fractures sus-malléolaires, saillante en arrière, car ces fractures sont toujours obliques de haut en bas et d'arrière en avant ; ce *toujours* peut être vrai quand il s'agit de fractures *par diduction du pied.* Mais dans toutes celles qui sont produites par un autre mécanisme, l'observation montre que c'est *en travers* que l'os est *ordinairement* brisé, et que cette direction est d'autant plus franche et d'autant plus fréquente que la fracture se rapproche davantage du corps de la malléole.

Enfin, M. Maisonneuve, dans la manœuvre qu'il décrit, ne cherche pas à arriver au diagnostic de la fracture par la crépitation que le frottement des fragments détermine pendant certains mouvements, mais bien par le déplacement en arrière que l'extrémité supérieure du fragment inférieur éprouve quand un des pouces appuie sur le sommet de la malléole. Ici je me demande si ce déplacement, qui ne peut être jamais que très borné, sera bien aisément perçu à travers des parties molles gonflées, seul cas, je le répète, où le diagnostic offre de la difficulté.

Pour ces raisons donc, je pense que, malgré l'assurance contraire que nous donne notre collègue, il restera encore quelques fractures de l'extrémité inférieure du péroné sur l'existence desquelles un praticien même exercé conservera des doutes.

M. Maisonneuve, revenant sur ce qu'il a dit précédemment sur la manière de constater les fractures du péroné, dit, en terminant, que le signe sur lequel il insiste n'est très utile que pour les fractures sus-malléolaires; mais quant à celles qui ont lieu dans l'épaisseur de la malléole elle-même et qu'il appelle par arrachement, les distinguant des premières qu'il appelle fractures par divulsion, celles-là, ajoute-t-il, ont des signes qui leur sont propres et sur lesquels je ne veux pas insister.

M. Boinet, depuis qu'il connaît le signe décrit par M. Maisonneuve, a eu occasion d'y avoir recours avec succès.

M. Forget. D'après tout ce qui a été dit au sujet de la communication de M. Maisonneuve, il devient évident que le signe de la

fracture du péroné, qu'il donne comme nouveau, était depuis longtemps connu. Notre collègue, se fondant sur l'obliquité de la fracture, recommande de chercher l'extrémité supérieure du fragment inférieur tout à fait en arrière, et ce serait là, suivant lui, une indication nouvelle qui n'avait pas encore été saisie. Mais en vérité, quand on considère la forme du péroné à sa partie inférieure, la surface peu étendue qu'il présente, on comprend difficilement comment l'intersection du tissu osseux pourrait échapper à l'exploration du chirurgien, dont le pouce, parcourant toute la surface palmaire de sa première phalange, porte sur le point fracturé, qu'il recouvre en totalité. D'ailleurs, quand il se livre à cette exploration, le doigt du chirurgien ne s'immobilise pas sur un point indivisible, il se déplace, il tâtonne, il va en avant, en arrière, un peu partout, et il trouve d'autant mieux, que l'obliquité dont parle M. Maisonneuve est loin d'offrir toujours le même degré. Quand à l'infaillibilité du diagnostic pratiqué comme le veut M. Maisonneuve, je crois qu'il ne faut l'admettre qu'avec beaucoup de réserve. Pour ma part, quelle que soit l'habileté de notre confrère, je suis convaincu qu'il lui arrivera encore à lui-même, plus d'une fois, de douter, et que vouloir rayer la dénomination de *fracture probable*, ainsi qu'il le propose, ce serait afficher une prétention par trop excessive.

M. Maisonneuve a dit, ajoute M. Forget, que la manœuvre qu'il indique n'avait été écrite nulle part. A cet égard, je pourrai modifier son opinion, et lui apporter une observation de fracture susmalléolaire du péroné, à l'occasion de laquelle j'ai discuté la valeur et le mécanisme de cette manœuvre appliquée au diagnostic. Je l'ai décrite, autant que mes souvenirs me le rappellent, en 1838. Au besoin, je retrouverai cette observation. Lisfranc y avait constamment recours pour diagnostiquer la fracture du péroné. C'est en effet le mouvement de bascule imprimé à l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui en est le signe pathognomonique. En pressant sur le sommet de la malléole et sur cette extrémité, on donne lieu à un déplacement alternatif qui ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion. Mais il faut remarquer que le siége de la fracture influe beaucoup sur la valeur et l'existence de ce signe. Celui-ci est d'autant plus apparent, que le levier représenté par la portion sus-malléolaire du fragment a plus de longueur. Les arcs

du cercle, en un mot, que l'on fait décrire à cette partie, sont d'autant moins étendus et par conséquent d'autant moins appréciables, que la solution de continuité de l'os a lieu plus près de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Instrument dilatateur de la mâchoire.

M. Demarquay présente, de la part de M. Larrey, un instrument imaginé par M. Godde, architecte, pour obtenir l'écartement des mâchoires dans les cas de constriction extrême ou d'ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire.

« Tous les chirurgiens savent, dit M. Larrey dans une note annexée à cet envoi, combien il est difficile de vaincre la force de résistance de certaines contractures des mâchoires, dont les causes peuvent être d'ailleurs assez variées. Ainsi, que ce soit la rétraction musculaire, la conséquence de l'inflammation, une lésion directe de la jointure, ou enfin le produit d'un tissu de cicatrice à la suite d'une brûlure ou d'une plaie profonde, toujours est-il que l'articulation de la mâchoire, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés, tend à se resserrer quelquefois jusqu'au point de permettre à peine un léger écartement des arcades dentaires. De là une gêne marquée dans la mastication, ainsi qu'un embarras de la parole.

» Tel était l'état dans lequel se trouvait récemment un jeune soldat entré au Val-de-Grâce pour une ankylose incomplète de la mâchoire consécutive à un coup de feu reçu en Afrique. Il pouvait à peine, selon l'expression vulgaire, desserrer les dents, lorsqu'après avoir essayé, dit M. Larrey, obtenu même un certain degré de dilatation graduelle, à l'aide de coins en bois interposés entre les arcades alvéolaires et progressivement augmentés d'épaisseur, je découvris au fond de la bouche, au delà des dernières dents molaires, un corps étranger dur, résistant. C'était une balle déformée, aplatie et enclavée vers la base de l'apophyse coronoïde. L'extraction en fut faite assez facilement, sans laisser de trace d'une lésion plus profonde, mais sans permettre un écartement beaucoup plus sensible qu'auparavant.

» Ce fut alors que M. Godde, bien connu dans les arts par ses travaux en architecture, eut l'idée, en voyant ce malade par occasion, de faire confectionner chez Sir Henry l'instrument qu'il appelle *spéculum dilatateur progressif.*

» Cet instrument représente un coin à deux branches articulées à la base par une charnière et susceptibles d'écartement au sommet. Celui-ci, fermé par le rapprochement des branches, est introduit entre les dents et s'y arrête par une rainure transversale. La base ou l'extrémité libre de l'instrument est pourvue d'une vis de rappel qui fait mouvoir un écrou placé à l'intérieur des branches et opère l'écartement avec autant de force que de précision. Cette force même est tellement grande qu'elle surmonterait sans doute les obstacles si l'excès de la douleur et les chances d'accidents n'obligeaient de suspendre la dilatation progressive.

» J'ai donc employé chez le malade de mon service cet ingénieux instrument; mais, malgré l'avantage que j'en ai retiré, malgré même la supériorité que ce moyen me semble avoir sur tout autre agent mécanique, je le crois encore insuffisant pour vaincre dans tous les cas la résistance énergique des tissus rétractés ou de l'articulation ankylosée.

» Toutefois, ajoute M. Larrey en terminant cette note, l'instrument de M. Godde me semble susceptible d'une application utile, non-seulement dans les divers degrés d'ankylose, mais encore dans les cas de contracture volontaire ou simulée de la mâchoire chez les enfants, chez les conscrits ou chez les aliénés, soit pour l'exploration de la bouche, soit pour l'alimentation ou l'introduction des médicaments, soit aussi pour la pratique de diverses opérations chirurgicales (1). »

M. Demarquay, à propos de la communication qu'il vient de faire pour M. Larrey, fait observer qu'il existe plusieurs instruments à l'aide desquels on cherche à amener l'écartement des mâchoires. M. Jules Guérin a imaginé, il y a quelques années, un instrument très ingénieux pour obtenir ce résultat : il est composé de deux plans métalliques ayant la forme des arcades dentaires et pouvant s'écarter à l'aide d'une vis de rappel. M. Blandin a employé cet instrument chez une jeune fille qui avait été affectée d'une gangrène de la joue, à la suite de laquelle du tissu inodulaire tenait fortement rapprochées les arcades dentaires. Des incisions faites dans les parties molles ont permis l'application de cet appareil ;

(1) Une plaque abaisse-langue peut s'adapter à l'instrument et le compléter au besoin.

nn instant les mâchoires furent écartées, mais bientôt les choses reprirent leur état anormal. J'ai eu occasion cet été de revoir la jeune malade, et la résistance à l'écartement des mâchoires est toujours la même.

L'avantage de l'instrument de M. Guérin est d'agir sur toutes les dents; tandis que celui de M. Godde, présenté et employé par M. Larrey, n'agit que sur quelques dents. C'est là évidemment un inconvénient.

M. Boinet, ayant eu à traiter il y a peu de temps nne personne affectée d'accidents syphilitiques tertiaires avec rétraction d'un masséter, qui mettait le malade dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, eut recours au traitement spécial à cette période de la maladie, et pour vaincre la résistance des muscles élévateurs des mâchoires il se servit d'un instrument agissant d'une manière analogue à celle de l'instrument présenté par M. Larrey.

M. Deguise fils dit que son grand-père a imaginé un instrument à l'aide duquel on peut forcément écarter les mâchoires. Il blâme l'emploi de ces instruments comme moyen de cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés. Il préfère de beaucoup le cathétérisme par les fosses nasales.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 22 *janvier* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Boinet, à propos du procès-verbal, entre dans les détails suivants :

Dans le courant de novembre dernier, un jeune homme de vingt-quatre à vingt-cinq ans vint me consulter, parce qu'il ne pouvait plus ouvrir la bouche et qu'il craignait, le mal augmentant chaque jour, de ne pouvoir bientôt plus prendre d'aliments; il en était déjà réduit aux potages. Cette difficulté d'ouvrir la bouche lui était venue peu à peu et presque à son insu, du moins il n'en connaissait pas la cause, qu'il attribuait pourtant à une ulcération qu'il avait au fond de la bouche, ulcération qu'il avait cautérisée et fait cautériser maintes et maintes fois. Il avait d'ailleurs remarqué

qu'après chaque cautérisation l'écartement des mâchoires devenait plus facile. D'abord ce resserrement des mâchoires, qui avait commencé par un peu de roideur ou de difficulté dans les mouvements du côté droit, ne l'avait inquiété que médiocrement, et il l'avait négligé tant qu'il avait pu ouvrir la bouche pour manger. Suivant le malade, le début de cette affection remonterait à peine à six semaines. Ce jeune homme, d'une assez bonne constitution, m'a confessé qu'il avait eu plusieurs fois des chancres et des blennorrhagies, mais qu'il se croyait parfaitement guéri de toutes ces affections. Son dernier chancre daterait de plus de deux ans. Il attribue l'ulcération qu'il a au fond de la bouche à sa dent de sagesse, qui n'est pas entièrement poussée et qui est encore recouverte par les tissus. C'est pour détruire les parties qui recouvrent cette dent et l'ulcération qui en serait la suite qu'il s'est soumis à de nombreuses cautérisations faites avec divers caustiques : nitrate d'argent, sulfate de cuivre. Le malade, ne pouvant ouvrir la bouche, il m'est impossible de bien voir cette ulcération. Les mâchoires sont assez rapprochées pour ne pas permettre, même entre les dents incisives, l'introduction d'une pince à pansement. Si le malade fait des efforts pour ouvrir la bouche, il éprouve de la douleur au niveau du masséter droit, qui se contracte et fait saillie sous la peau. Lorsque le malade ferme la bouche et ne fait aucun effort pour l'ouvrir, le masséter droit n'est ni plus saillant, ni plus douloureux que celui du côté opposé. A la pression et au toucher, on ne sent ni dureté, ni tension, et le malade n'accuse aucune douleur.

L'aveu, les antécédents et l'examen du malade me firent penser qu'il existait une rétraction du masséter. Mais cette rétraction était-elle de nature syphilitique? Je suis tout disposé à le croire, en raison surtout de l'amélioration prompte et de la guérison radicale qu'il a obtenue sous l'influence de l'iodure de potassium pris pendant cinq semaines à la dose de trois cuillerées à bouche par jour formulée comme il suit :

Eau.	500 grammes.
Iodure de potassium. . . .	15 —

Cependant, ne pourrait-on pas attribuer la rétraction de ce masséter à l'irritation qu'il aurait éprouvée par le voisinage de cette ulcération du fond de la bouche qu'on cautérisait tous les jours et

même plusieurs fois par jour depuis un mois? car je n'ai senti dans ce masséter ni épaississement, ni gonflement, ni dureté ou nodus lorsqu'il était à l'état de repos. J'ai dit qu'il devenait dur, tendu, seulement lorsque le malade faisait des efforts pour écarter les mâchoires. Depuis la guérison, le mouvement de ce masséter est facile, complet, normal; ce qui prouverait que le tissu musculaire ou fibreux n'a nullement été altéré.

Dans ce cas, il ne suffisait pas de chercher à guérir la cause de cette rétraction musculaire, mais il était urgent de remédier à ses effets immédiats; d'abord pour permettre au malade de prendre des aliments, ensuite pour soigner l'ulcération du fond de la bouche. Dans ce but, j'introduisis entre les dents incisives d'abord, et les jours suivants entre les premières molaires, un instrument à l'aide duquel je pus écarter les mâchoires.

Voici cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à la Société. Il n'est pas nouveau; il m'a été fourni par M. Charrière pour ouvrir et maintenir ouverte la bouche d'un monsieur qui voulait se laisser mourir de faim. Pendant trois semaines j'ai fait usage de cet instrument tous les jours, et suis parvenu peu à peu à donner un écartement raisonnable aux mâchoires. Après cette opération, le malade pouvait ouvrir les mâchoires, jusqu'au point où je les avais ouvertes avec l'instrument; mais le lendemain il avait en partie perdu le bénéfice de cette manœuvre, et les mâchoires subissaient un rapprochement sensible. Cet écartement forcé des mâchoires était très douloureux pour le malade, et la douleur siégeait dans toute l'étendue du masséter. Deux fois pendant le cours de ces manœuvres, il m'est arrivé d'ouvrir la bouche dans toute son étendue, la résistance cédant tout à coup comme si une rupture avait eu lieu; cette résistance vaincue si subitement, et excessivement douloureuse pour le malade, me fit craindre d'avoir luxé ou fracturé la mâchoire inférieure, ou rompu quelques fibres du masséter... Du sang s'écoulait par la bouche provenant de l'ulcération, et le malade pouvait se livrer à tous les mouvements de ses mâchoires. La première fois, après cet écartement subit, je crus le malade guéri; mais quel ne fut pas mon étonnement, à la visite du lendemain, de retrouver les mâchoires presque aussi serrées qu'avant, et d'être obligé de revenir à mes manœuvres d'écartement!... Il en fut de même à la seconde fois, et la rétraction ne céda qu'à la

longue et sous l'influence d'écartements progressivement augmentés et maintenus pendant huit à dix minutes à chaque opération, dans le but de vaincre la résistance opposée par le masséter et d'allonger ses fibres. Pendant ces manœuvres je cautérisai plusieurs fois l'ulcération du fond de la bouche, tantôt avec la pierre infernale, tantôt avec de la teinture pure d'iode. Six semaines après ce traitement, le malade était parfaitement guéri, et n'a rien éprouvé de nouveau depuis bientôt un mois qu'il a cessé tout traitement.

M. Forget communique le résultat de ses recherches faites sur la fracture du péroné à l'époque où il était interne.

Dans la dernière séance, dit-il, j'ai prétendu que le signe donné par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture sus-malléolaire du péroné n'était pas nouveau, que je l'avais indiqué il y a plusieurs années, et que souvent j'y avais eu recours. Pour prouver ce que j'ai avancé, j'ai rapporté deux observations, dont l'une est de 1836, et l'autre de 1837.

Dans la première, se trouve le passage suivant : « En comprimant avec le pouce sur le sommet de la malléole externe, je » remarquai que, par un léger mouvement de bascule, je la ramenais en dedans. Je répétai cette pression en même temps que » j'explorais avec les doigts de l'autre main la face externe du » péroné. »

Un peu plus loin on lit : « Le plus léger mouvement de bascule » de l'extrémité supérieure du fragment inférieur en dedans le » porte au contact avec la face correspondante du tibia. »

Enfin, la seconde observation est encore plus concluante. Voilà le passage qu'elle renferme :

« J'appliquai la pulpe des deux premiers doigts de la main » gauche sur le sommet de la malléole, les deux mêmes doigts de » la main droite restant appliqués sur le lieu où la fracture me » semblait exister ; j'imprimai des mouvements de bascule en comprimant fortement sur l'extrémité du péroné, et je pus apprécier nettement, avec les doigts de la main droite, la solution de » continuité de l'os, le fragment inférieur pouvait être déprimé de » dehors en dedans assez facilement à son extrémité supérieure. »

M. Forget pense que ces citations suffiront pour démontrer que le moyen de diagnostic dont il s'agit était loin de constituer une

innovation, qu'il y a eu recours pour la première fois il y a quinze ans, et que depuis il l'a constamment employé.

Correspondance.

M. le président de la Société de Chirurgie a reçu une lettre de M. Robert, dans laquelle notre collègue déclare employer depuis plus de six ans le moyen indiqué par M. Maisonneuve, et qu'il est longuement décrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1846, page 139, dans une revue clinique de l'hôpital Beaujon.

M. Maisonneuve déclare, après la communication du manuscrit de M. Forget et la lettre de M. Robert, ne plus persister dans la pensée qu'il était le premier qui eût employé le signe qu'il a donné comme propre à reconnaître la fracture du péroné; mais il est heureux d'avoir attiré l'attention de ses confrères sur un moyen peu connu, peu employé, et qui peut rendre d'importants services.

— M. Lenoir présente un calcul vésical volumineux qu'il a extrait ces jours derniers par une opération de taille périnéale, dans des circonstances assez insolites.

L'opéré est un homme de cinquante ans environ, venu à Paris d'un des départements du nord de la France. Il raconte qu'il y a six mois il a été taillé par un chirurgien de la ville qu'il habite, et que, bien qu'on eût fait pendant près d'une heure des tentatives pour extraire sa pierre, on fut forcé d'abandonner celle-ci dans la vessie et de laisser la plaie du périnée se cicatriser.

Il porte aujourd'hui une cicatrice semi-lunaire placée à un pouce et demi au-devant de l'anus, et allant d'une tubérosité de l'ischion à l'autre. Cette cicatrice offre un petit orifice fistuleux au niveau du raphé périnéal. Le malade a d'abord été placé dans le service de M. Civiale, qui l'a considéré, en raison de l'état de sa vessie et du volume du calcul qu'elle renferme, comme impropre à la lithotritie, et qui l'a adressé à M. Lenoir pour le tailler.

M. Lenoir, ayant appris par expérience que, dans les cas de calculs volumineux où la vessie est presque toujours sur le corps étranger et forme une tumeur profondément cachée dans le petit bassin, derrière la symphyse des pubis, on éprouve de grandes difficultés à pratiquer la taille hypogastrique, et que, consécutivement à l'opération, on a presque infailliblement des épanchements urineux dans le tissu cellulaire sous-périnéal, préféra à cette taille

une taille périnéale, qui donne le plus grand débridement possible de la prostate.

On avait déjà fait la taille bilatérale de Dupuytren. M. Lenoir pratiqua celle qui a été décrite par M. Senn, de Genève, et qui consiste aussi dans deux incisions latérales de la prostate, mais dont l'une est oblique (*c'est celle qu'on fait à gauche*) comme dans la taille latéralisée, tandis que l'autre est horizontale et porte sur le côté droit du col de la vessie. Cette taille, suivant M. Lenoir, offre une disposition d'ouverture plus favorable que la taille bi-oblique de Dupuytren à l'extraction de gros calculs; ce fut elle qu'il pratiqua et qui lui permit d'extraire, dans ce cas, un calcul qu'on avait inutilement cherché pendant une heure à faire passer par l'ouverture que donne la taille de Dupuytren. Ce résultat fut d'autant plus facilement obtenu que, pendant la manœuvre, le calcul se brisa en deux portions égales.

M. Vidal. M. Lenoir, en nous rapportant les détails de son opération, établit que le malade, qui n'avait pu être débarrassé de son calcul par la taille bilatérale de Dupuytren, avait été au contraire promptement opéré par le procédé de M. Senn. Mais, pour établir la supériorité de la taille de M. Senn sur celle de Dupuytren, il faudrait savoir si les débridements qu'exige la taille de Dupuytren ont été suffisamment étendus; si, en un mot, la taille bilatérale a été bien faite.

M. Lenoir, en rapportant le fait qui occupe actuellement la Société de Chirurgie, n'a pas eu la pensée d'établir d'une manière absolue que la taille d'après le procédé de M. Senn fût supérieure à la taille bilatérale; ce fait démontre que là où la taille de Dupuytren avait échoué, la taille qu'il avait choisie a réussi. Quant aux incisions qui avaient été faites aux parties molles par le médecin qui avait tenté l'opération, elles étaient suffisamment grandes; les cicatrices que portaient le malade prouvaient qu'elles n'avaient point été ménagées. Pour ce qui est de la prostate, on sait que du moment que le tissu de cette glande a été intéressé, il se déchire facilement jusqu'à ses limites aponévrotiques par le passage des tenettes et par les efforts d'extraction du calcul.

— M. Maisonneuve revient sur la malade chez laquelle il a dû débrider profondément le périnée afin de pouvoir aviver et faire la suture d'une large fistule vésico-vaginale. Depuis l'opération,

l'urine a continué à couler dans le vagin, et cependant l'opération préliminaire a marché vers la cicatrisation comme si ce liquide ne fût pas venu la baigner incessamment; de plus, la fistule vésico-vaginale elle-même s'est réunie partiellement, il est vrai, par seconde intention. Il y a à se demander, en présence de ce fait, si l'urine est véritablement l'obstacle sérieux à la réunion des fistules qui nous occupent; les succès obtenus par M. Jobert ne tiennent-ils pas plutôt au débridement large qu'il a su employer qu'aux précautions qu'il prend pour éviter le passage de l'urine sur les plaies récemment faites?

M. Vidal. Quand j'eus à examiner les causes qui rendent les fistules vésico-vaginales incurables, je dus avoir égard à l'influence de l'urine sur la plaie faite à la vessie; contrairement à ce qu'on avait avancé, je dis que la présence de l'urine n'était pas incompatible avec la réunion, et la preuve se trouve dans ce que j'ai dit à propos des tailles sus-pubiennes, où la cicatrisation se fait malgré le contact continuel de l'urine et de la plaie vésicale.

M. Demarquay. Je ne veux pas combattre l'opinion de mes collègues, mais je ferai remarquer que l'on ne peut pas nier que les produits de sécrétion sont une cause d'obstacle à la réunion des plaies; je pourrais invoquer, à l'appui de mon opinion, tous les efforts que les chirurgiens ont tentés pour obtenir la réunion des fistules salivaires. Mais, pour ne pas sortir du sujet, je dirai que, dans les fistules vésico-vaginales, il est des circonstances où l'urine ne s'oppose pas seulement à la réunion des plaies par ses propriétés chimiques, mais encore d'une manière mécanique. Tel est le cas où la fistule vésico-vaginale occupe le bas-fond de la vessie, tout près des uretères; or, dans ce cas, après l'avivement, les deux uretères peuvent être contenus dans les lèvres de la plaie récemment avivées, et l'urine, filtrant sans cesse dans cette plaie, s'oppose au moins mécaniquement à l'organisation de la lymphe plastique. J'ai été témoin d'un fait de ce genre qui s'est passé dans le service de M. Blandin, et qui a été communiqué par ce chirurgien à l'Académie de Médecine; l'avivement, dans ce cas, avait porté sur l'extrémité des uretères.

M. Monod trouve l'observation de M. Maisonneuve fondée; il ne pense pas non plus que l'urine soit l'obstacle à la réunion. Il a vu à la Maison de Santé une femme affectée d'une fistule vésico-vagi-

nale, dans laquelle on pouvait introduire le doigt; il y avait autour de la fistule un cercle fibreux, cicatriciel. Cette fistule revint petit à petit sur elle-même, malgré le passage continuel de l'urine; elle arriva bientôt au point de ne plus laisser passer que l'extrémité d'un stylet. Alors M. Monod fit l'opération que réclamait cette lésion, sans succès; M. Jobert, qui avait vu la malade et qui tenta la même opération, ne fut pas plus heureux. Enfin, M. Monod ajoute, en terminant, que les succès obtenus dans les opérations de fistules vésico-vaginales par M. Jobert lui paraissent plutôt dus au débridement qu'il opère sur les parties voisines, à l'ablation du tissu cicatriciel, plutôt qu'aux soins qu'il prend de préserver la plaie du contact de l'urine.

M. Huguier appuie l'opinion de M. Maisonneuve et de M. Monod, et cite l'observation d'une jeune femme de Passy, qui guérit d'une fistule vésico-vaginale malgré le passage de l'urine et sans opération. Toutefois, il faut ajouter que des sondes ont été conservées à demeure tout le temps que la plaie a mis à se cicatriser.

— M. Debout. Dans une des discussions récentes sur la valeur de la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes, M. Morel-Lavallée est venu nous citer le fait d'un malade de l'hôpital de la Charité présentant une tumeur pulsatile développée dans la tête du péroné, et chez lequel M. Gerdy avait tenté l'emploi de ce moyen. Les pulsations isochrones aux battements du pouls que présentait la tumeur et leur disparition lorsqu'on comprimait la tumeur semblaient témoigner que cette affection devait être rangée parmi les anévrismes des os. Aussi, avant d'arriver à la ligature de l'artère crurale, M. Gerdy voulut essayer l'électricité. Les détails de cette observation, publiée par M. Malgaigne, nous prouvent que ces tentatives ne furent pas aussi heureuses que les premiers renseignements pouvaient le faire espérer. Sous l'influence de l'excitation produite par la galvano-puncture, la tumeur augmenta de volume, et M. Malgaigne dut lier l'artère crurale et, la guérison n'ayant pas lieu, extirper la portion d'os malade.

M. Debout fait remarquer que cet insuccès de la galvano-puncture doit être rapporté principalement à la nature de la tumeur, qui était un cancer encéphaloïde avec pulsations.

— La Société, formée en comité secret pour entendre l'exposé fait par M. Deguise père des circonstances fatales qui ont amené

sa récente condamnation en police correctionnelle, écoute cette communication avec un douloureux intérêt.

M. le président exprime à notre honorable confrère, en son nom et au nom de ses collègues, la part que la Société prend au malheur qui vient de le frapper et la vive sympathie dont il est l'objet dans cette triste circonstance. Plusieurs membres prennent ensuite la parole et offrent successivement à M. Deguise les assurances les plus vives d'estime et de dévouement.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 29 *janvier* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Guersant présente quelques considérations générales sur les maladies des enfants, en les comparant à celles des adultes, et attire particulièrement l'attention de la Société sur un malade qui se trouve actuellement dans son service, et qui est affecté d'un polype du sinus maxillaire. Déjà le mal a fait assez de progrès pour que le sinus ait subi des modifications importantes; ainsi il existe une tuméfaction de la face due à l'ampliation de ce sinus. Il existe, du côté de l'orbite, une saillie formée par la saillie supérieure de l'antre d'hygmore, de plus il existe du côté correspondant des fosses nasales un développement anormal qui fait croire à M. Guersant que le polype a franchi la paroi externe des fosses nasales, et qu'il a envahi celle-ci. La voûte palatine est intacte.

M. Guersant se propose de faire l'opération suivante : enlever la portion qui, suivant lui, fait saillie dans les fosses nasales, et trépaner ensuite le sinus pour pratiquer l'ablation du reste de la tumeur. M. Lenoir a eu occasion de voir le malade, et il ne pense pas que la tumeur qui apparaît dans les fosses nasales soit due à un prolongement du polype; il pense que cette saillie est formée par le refoulement de la paroi externe des fosses nasales, et tout à fait analogue à ce que l'on voit du côté de l'orbite. Pour lui, le procédé opératoire que l'on doit mettre en usage dans ce cas, c'est d'inciser les téguments de la face sur la ligne médiane, de renver-

ser ceux-ci en dehors, d'ouvrir alors largement le sinus maxillaire, et de faire l'extraction du polype.

— M. Boinet attire un instant l'attention de la Société sur une opération de phymosis faite dans des conditions insolites. La pusillanimité du sujet, son horreur pour le chloroforme ont forcé M. Boinet à laisser subsister des adhérences qui gêneront sans doute l'accomplissement de certaines fonctions.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 5 février 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Diagnostic des fractures du péroné par la pression indirecte.

M. Larrey, empêché d'assister à la séance par le concours de la Faculté, adresse la communication suivante:

« La discussion qui vient de s'élever au sein de la Société de Chirurgie sur un moyen de diagnostic des fractures du péroné m'engage à lui soumettre un autre mode d'appréciation de ces fractures qui méritera peut-être son intérêt, et que j'ai proposé depuis longtemps.

» Les entorses, extrêmement fréquentes chez les militaires, surtout parmi les cavaliers, présentent quelquefois des complications qui ne permettent pas de reconnaître toujours de prime abord s'il existe ou non une fracture du péroné. On sait, d'ailleurs, que les signes caractéristiques si bien décrits par Dupuytren manquent dans certains cas, ou sont masqués par le gonflement. La douleur, enfin, est souvent si vive, qu'elle s'oppose à une exploration immédiate ou augmente par la moindre pression directe. Le moyen même qui a été signalé de nouveau par M. Maisonneuve et par quelques-uns de nos collègues ne permettrait point, dans tous les cas, de constater les signes certains de cette fracture, et, pour l'admettre, on ne peut donc se fonder alors que sur des présomptions ou des probabilités.

» C'est pour obvier à l'insuffisance des ressources du diagnostic que j'ai été conduit, en 1840, à imaginer le mode d'exploration

que voici : Il consiste simplement à exercer une pression indirecte sur la partie supérieure du péroné, au-dessous de la tête de cet os, dans une étendue variable, et jusque vers son tiers moyen, s'il y a lieu; cette pression est faite simultanément à l'aide des deux pouces appuyés sur l'os et rapprochés l'un de l'autre par leurs extrémités, tandis que les autres doigts de chaque main saisissent et soutiennent la face interne du membre resté libre et préservé de toute pression directe, afin d'éviter les causes d'erreur.

» Le résultat de la pression indirecte doit être, on le conçoit, de faire mouvoir ou basculer la longue portion du péroné ou son fragment supérieur qui se laisse déprimer vers le tibia, si tant est que la fracture existe au-dessus ou à quelque distance de la malléole externe. De là, par conséquent, une douleur plus ou moins intense transmise au niveau présumable de la fracture, et enfin la certitude que cette fracture existe si le même signe se reproduit avec précision. Si, au contraire, la pression indirecte, même assez forte, ne détermine point de mobilité dans l'os, et surtout point de douleur vers son extrémité inférieure, il y a toute présomption de croire qu'il n'y a pas de fracture.

» Les fractures que l'on pourrait appeler intra-malléolaires et les fractures dites avec pénétration, celles, en un mot, qui ne sont point appréciables par le déplacement ou la mobilité, ne sauraient être constatées ainsi : mais elles sont rares.

» C'est donc aux fractures sus-malléolaires, si fréquentes, que peut s'appliquer la pression indirecte comme moyen de diagnostic. J'en ai fait maintes fois l'expérimentation dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou, ainsi qu'à l'hôpital des Cliniques, lorsque j'y suppléais, il y a une dizaine d'années, M. le professeur Cloquet, et comme l'indique d'ailleurs un compte-rendu de notre service dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 février 1842.

» Je ne prétends pas, toutefois, que ce mode d'exploration soit un signe pathognomonique ou infaillible de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, mais je le crois utile; et s'il est nouveau, comme je le pense, il est tellement simple aussi, que j'avais négligé jusqu'à ce jour d'en faire l'objet d'une publication spéciale. Cependant quelques-uns de nos honorables confrères en chirurgie en ont eu connaissance, et ont bien voulu lui donner leur approbation ou l'adopter dans la pratique.

» J'ai eu occasion, enfin, d'appliquer de même la pression indirecte au diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius, et il me semble que l'on pourrait encore en tirer parti dans d'autres fractures difficiles à reconnaître par la pression directe. »

Inoculation de l'ecthyma syphilitique.

M. Vidal lit un mémoire sur l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, accident dit secondaire.

L'auteur se propose de mettre d'accord sur ce point l'expérimentation et l'observation cliniques. Selon lui, de bons observateurs ont prouvé la contagion de l'accident secondaire, c'est-à-dire sa transmissibilité par les rapports sexuels ; mais, même pour ces syphiliographes, l'inoculation de ces accidents, la transmissibilité par la lancette, n'était pas prouvée. M. Vidal a entrepris plusieurs expériences dont les résultats viennent à l'appui de sa thèse ; il en cite trois. Une est relative à une inoculation d'un ecthyma sur le malade même qui le portait. Deux pustules ont été inoculées à la partie inférieure des cuisses ; dans ces mêmes pustules, on a puisé pour inoculer la partie supérieure de ces membres, et cela avec le même succès. Ce malade ne portait aucun accident primitif. Le chancre que l'on pouvait accuser d'avoir produit les pustules était très éloigné de l'époque de cette manifestation du côté de la peau. Un autre malade avait des ulcérations ecthymateuses au bas de la jambe ; avec du pus d'une de ces ulcérations, on a inoculé la partie supérieure de la cuisse encore avec succès.

L'inoculation la plus importante est celle qui a été faite du malade au malade, et de celui-ci à l'homme sain. Le malade avait eu un chancre induré ; il avait vu se développer sur plusieurs points du corps des pustules d'ecthyma très caractérisées. Il avait d'ailleurs éprouvé tous les symptômes qui caractérisent l'infection générale ; du pus appartenant aux pustules qui étaient sur la peau du thorax a d'abord été inoculé à la partie inférieure de la cuisse ; des pustules résultant de cette inoculation on a extrait du pus encore inoculable avec succès à la partie supérieure du même membre. L'inoculation de l'homme malade à l'homme malade était donc réelle ; mais pour certains esprits, cette expérience n'était pas complétement probante. C'est alors que M. Boudeville s'offrit pour subir l'inoculation ; M. Boudeville était interne en pharmacie à l'hôpital

du Midi. Il n'avait jamais eu aucune affection syphilitique. Il se dévoua avec une résolution et un courage que M. Vidal fait ressortir dans son mémoire. Deux pustules sont inoculées à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras de cet élève. Le succès de cette inoculation porta M. Vidal à conseiller un traitement. M. Boudeville ne voulut pas se soumettre à ce conseil, en disant qu'il avait d'avance pesé les conséquences de cette expérimentation, et qu'il la désirait complète; c'est pour cela qu'il attendait, afin de savoir s'il se déclarerait chez lui des accidents constitutionnels. Ces accidents sont survenus; en effet, il y a eu alopécie, roséole, affection de la gorge. C'est alors seulement que M. Boudeville a entrepris un traitement qui a réussi, puisque cet élève est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Vidal termine en citant une observation de M. Cazenave, qui vient à l'appui de ce qu'il avance; il mentionne aussi des expériences de Wallon favorables à l'inoculation de l'accident secondaire, et que M. Diday a considérées comme confirmatives.

M. Cullerier. Deux choses sont à considérer dans l'intéressante communication qui vient de nous être faite par M. Vidal: le fait de l'inoculation d'abord, et ensuite les conséquences qu'il en tire. Le fait de l'inoculation, j'avoue qu'il m'a fallu entendre la lecture de M. Vidal pour y croire. En effet, n'a-t-il pas plus que personne, dans ses conversations particulières, dans ses leçons et dans ses écrits, proclamé que l'inoculation est une pratique inutile, fausse et dangereuse; n'a-t-il pas déversé le blâme sur ceux de ses confrères qui s'y livraient? n'a-t-il pas suspecté leur moralité, et aujourd'hui M. Vidal va beaucoup plus loin dans l'expérimentation qu'ils ne l'ont jamais fait. Jusqu'à présent les inoculateurs n'avaient agi que sur le malade lui-même, persuadés qu'ils sont qu'ils n'augmentent pas ses chances d'infection, qu'ils ne lui donnent pas une maladie nouvelle; mais M. Vidal reconnaît que le symptôme qu'il a inoculé sur son malade est virulent, et il ne craint pas d'aller porter le même produit dans le bras d'un individu tout à fait sain et vierge jusqu'alors de toute affection syphilitique. Je ne veux pas reprocher à M. Vidal ce qu'il a fait; je me garderai bien d'en appeler à sa moralité, mais je veux seulement faire remarquer combien nous voilà dépassés par un juge qui a été si sévère. D'un autre côté, M. Vidal a très agréablement, très finement raillé les chirurgiens qui mettent toute leur science au bout d'une lancette. Je suis bien

aise de voir que M. Vidal, qui a tant d'instruments à son service et qui s'en sert si bien, soit arrivé à ne plus tant dédaigner le nôtre. Mais j'ai hâte d'arriver aux conséquences de cette inoculation.

Je dois avouer qu'elles me paraissent beaucoup moins probantes que ne le pense M. Vidal. On connaît les nombreuses expériences qui ont été faites par M. Ricord et M. Puche avec tous les symptômes syphilitiques, et l'on sait que ces praticiens n'ont jamais réussi qu'avec le chancre. J'ai fait moi-même un nombre considérable d'inoculations, et je suis toujours arrivé au même résultat. Je ne connais dans la science que les observations de Wallace qui infirment ces expériences; mais il y a tant à désirer dans ces deux observations, il y a une marche si singulière de l'évolution de ces inoculations, tout y est tellement en dehors de ce que nous voyons journellement, qu'il nous est bien permis d'en appeler à une expérimentation plus rigoureuse. Je ne veux pas mettre en doute le talent diagnostique de M. Vidal; mais je ne puis m'empêcher de rappeler que de toutes les formes de syphilis, la forme pustuleuse est celle qui a donné lieu à plus d'erreurs, et que des auteurs spéciaux avec lesquels M. Vidal est souvent en communion d'idées, MM. Gibert et Cazenave, ont cité des cas où cette affection a pu être prise une fois pour une variole, une autre fois pour la gale, et un troisième cas dans lequel la nature syphilitique fut entièrement méconnue.

Mais je remarque que le malade de M. Vidal portait encore l'induration de son chancre primitif lorsque les pustules d'ecthyma ont paru chez lui, et que, de plus, il portait des plaques muqueuses à l'anus. Or il me semble qu'il doit toujours y avoir du doute sur la nature intime d'une suppuration quelconque d'un individu qui sera porteur d'un accident primitif, ou chez lequel l'accident primitif aura disparu depuis peu. Est-ce donc être si loin de la vérité que de supposer et de dire que chez le malade de M. Vidal les plaques muqueuses de l'anus étaient une transformation d'un chancre qui existait en même temps que le chancre induré de la verge, et que ce chancre, en se transformant et en prenant les caractères de la plaque muqueuse, a conservé pendant quelque temps sa propriété virulente, puisque le produit de ce symptôme a été transporté par les doigts du malade à la partie antérieure de la poitrine, où l'observation de M. Vidal nous apprend qu'il existait déjà des taches

rouges ou des papules ? et bien qu'en général les éruptions syphilitiques exanthématiques ou papuleuses soient exemptes de démangeaisons, cependant il est de ces exceptions où on la rencontre. Il pouvait en être ainsi chez ce malade, qui, en se grattant, se sera déchiré, excorié la peau avec les ongles, d'où l'inoculation médiate.

Si j'ai bien entendu la lecture de l'observation de M. Vidal, il est dit que les pustules que portait le malade étaient volumineuses, à base rouge, tuméfiées, tendant à l'envahissement des tissus. Or, c'est le caractère de l'ecthyma tardif, de celui à pustules profondes, ulcérantes, dont la cicatrice est presque toujours indélébile. Mais cet ecthyma ne se voit que dans les affections vénériennes anciennes, que lorsque d'autres symptômes ont existé et reparu à diverses reprises, et pourtant ce n'était pas là le cas actuel, puisque la maladie ne datait que de quelques semaines.

Dans l'ecthyma hâtif, au contraire, dans celui qui suit quelquefois de très près le symptôme infectant, les pustules sont beaucoup plus petites, leur base est à peine ou point enflammée; on n'y rencontre pas cette tendance à l'envahissement que j'ai dit exister dans la forme précédente. Ces pustules, que M. Cazenave nomme cuticulaires, se dessèchent vite, et lorsque les croûtes tombent, la partie sur laquelle elles s'élevaient est le plus ordinairement cicatrisée; où, si elle ne l'est pas entièrement, elle ne tarde pas à se sécher. Ce n'était évidemment pas à des pustules de cette espèce que M. Vidal avait affaire. Mais les membres de la Société qui se sont livrés à l'inoculation ou qui l'ont vu faire savent très bien que lorsqu'on laisse marcher une pustule d'inoculation virulente, ce n'est pas à la pustule lenticulaire qu'elle ressemble, mais bien qu'elle prend tous les caractères de la pustule phlyzaciée; aussi la forme de la lésion que l'on dit avoir existé sur le malade de M. Vidal me donne-t-elle la preuve de son origine, et ne me permet-elle pas de douter de sa propriété virulente. Née de la contagion d'un accident primitif, elle a été elle-même contagieuse. J'ai vu de ces pustules d'inoculation qu'on avait laissé marcher, et, comme tous les inoculateurs, je leur ai toujours trouvé les caractères de l'ecthyma profond, tardif et cachectique. Il y a plusieurs années, lorsque je pris, à l'hôpital de Lourcine, le service que quittait notre honorable collègue M. Huguier, j'eus à examiner une femme qui avait été inoculée aux deux cuisses avec le pus d'un chancre virulent. Comme

il m'avait fallu du temps pour me mettre au courant des malades, cette femme ne fut examinée par moi que dix ou douze jours après l'inoculation. J'ignorais que cette opération expérimentale avait été pratiquée ; aussi, lorsque la malade monta sur le lit du spéculum, je m'écriai en la découvrant : voici de belles pustules d'ecthyma, et ce fut seulement alors que l'interne du service, un peu honteux de sa négligence, me fit connaître l'origine de ces pustules.

Je me résume, et je dis que d'après la marche de l'affection que portait le malade, d'après l'existence de l'induration du chancre de la verge, qui datait seulement de quelques semaines, et d'après l'existence actuelle des plaques muqueuses et des rhagades de l'anus, on a eu affaire à un ecthyma, c'est incontestable; mais à un ecthyma primitif en tant qu'il précède la plaie, l'ulcère qu'on appelle chancre. C'est là le phénomène qu'on verra chaque fois qu'on laissera marcher la pustule d'inoculation virulente, pourvu qu'elle ne soit pas déchirée. Le nombre des pustules qu'on invoque n'est nullement probant; car on peut toujours faire, par l'inoculation artificielle, autant de chancres que l'on voudra.

M. Vidal nous dit que les pustules développées sur l'élève en pharmacie qu'il a inoculé n'ont pas présenté l'aspect chancreux, et que, de plus, elles ne se sont pas accompagnées de l'engorgement des ganglions correspondants. J'ai vu la cicatrice de ces pustules que le jeune homme, M. Boudeville, m'a montrée il y a plusieurs mois ; je déclare qu'elles m'ont tout à fait rappelé les cicatrices d'inoculation qu'on n'a pas arrêtées dès le début, ou bien encore les cicatrices des pustules de l'ecthyma tardif. Quant à l'engorgement des ganglions, j'affirme qu'il est très rare dans les inoculations à la lancette; et cette circonstance a été notée par presque tous les inoculateurs; aussi son absence dans le cas actuel ne prouve-t-elle absolument rien comme conséquence de l'inoculation qui a été faite.

Enfin, il y a dans le travail de M. Vidal une observation dont je suis, bien à regret, obligé de dire quelques mots, c'est celle d'une inoculation d'une pustule d'ecthyma faite avec succès par M. Cazenave. J'avais vu, ces jours derniers, la relation de ce fait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis;* et en en lisant les détails, je ne m'attendais pas à être sitôt dans la nécessité de formuler l'impression qu'ils m'ont laissée; à savoir : que dans la mar-

che de la pustule que M. Cazenave a produite, rien ne rappelle celle de la pustule régulière de l'inoculation virulente. Il y a eu, avec du pus d'une affection franchement secondaire, production d'une légère inflammation, d'une pustule à courte période qui a été bien loin de ressembler à la pustule sur laquelle elle a été prise, et qui diffère tellement de la pustule d'inoculation, que si des inoculateurs s'avisaient de présenter à leurs adversaires une pustule semblable comme preuve d'une inoculation positive, ceux-ci ne manqueraient pas de la rejeter d'une manière absolue, ce qui, il faut en convenir, serait parfaitement juste et logique.

M. Vidal. Je réponds à M. Cullerier que je n'ai jamais jeté le blâme sur les *inoculateurs* qui expérimentaient dans un intérêt scientifique. J'ai imprimé, au contraire, que le médecin seul était juge des sacrifices mutuels que devaient s'imposer l'humanité et la science en faveur du progrès; et cela, quand un critique faisait entendre que les administrateurs, qui étaient les tuteurs naturels des malades des hôpitaux, devaient surveiller ces expériences. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si les inoculateurs avaient besoin de se mettre à l'abri d'un grand nom, ils auraient celui de Hunter, qui a été très inoculateur. Au reproche d'avoir inoculé un homme plein de santé, M. Vidal répond que M. Boudeville, qui a voulu subir l'inoculation, et qui s'y est soumis d'une manière si résolue, si courageuse, que M. Boudeville n'était pas son malade, que c'était un élève tout à fait indépendant, lequel n'a pas voulu être traité quand il a eu ses premières pustules. M. Boudeville n'a accepté des médicaments que quand il a jugé l'expérience comme étant complète. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si je m'étais borné à inoculer du malade au malade, on aurait considéré le fait comme peu probant, et cela, on l'avait déjà dit en parlant d'une première expérience dans laquelle l'inoculation s'était bornée à l'homme malade.

Selon M. Cullerier, le malade qui avait des pustules muqueuses à l'anus aurait pu avoir dans cette région des chancres qui se seraient transformés en pustules; il aurait pu imprégner ses doigts du pus de ces chancres, se gratter à la poitrine et produire sur cette région une ulcération primitive où j'aurais puisé. De sorte que M. Cullerier, pour répondre à des faits authentiques observés au moment de leur existence, suppose: 1° des chancres; 2° une transformation de ces chancres en pustules. M. Cullerier répond

donc par des hypothèses à ce qui est matériellement établi. Mais remarquez que ce sont quatre pustules intactes qui ont fourni le pus, deux pour inoculer le malade et deux pour inoculer l'élève. De sorte qu'ici on est obligé de supposer que ce malade était porteur de quatre chancres à la poitrine que le malade se serait faits en se grattant ; et comme j'ai établi dans mon mémoire que ces pustules de la poitrine avaient les mêmes antécédents, qu'elles étaient nées dans les mêmes circonstances, qu'elles avaient les caractères de celles qui étaient répandues sur le reste du corps, il faudra, si on admet que ces pustules de la poitrine étaient des chancres, il faudra admettre aussi que tout le corps était couvert de chancres !!

Quant aux faits de M. Cazenave et de Wallace que M. Cullerier conteste, M. Vidal répond que M. Cazenave a déjà défendu et défendra encore le sien. Pour ceux de Wallace, M. Diday, qui s'entend en inoculation, les défend en disant que, quoique peu nombreux, ils sont *confirmatifs*.

M. Huguier remercie M. Vidal de la communication qu'il vient de faire à la Société. Pour lui, les expériences de notre collègue sont concluantes. Puis, passant à la critique que M. Cullerier a faite du travail de M. Vidal, et des circonstances spéciales dans lesquelles il s'est mis en inoculant de l'homme malade à l'homme sain, il approuve M. Vidal d'avoir agi ainsi ; c'est seulement dans ces conditions que peuvent devenir concluantes les inoculations que l'on pratiquera pour éclairer la transmission des accidents dits secondaires ou tertiaires. En effet, ajoute M. Huguier, si on ne prend pas des personnes vierges de tout accident syphilitique, ne pourra-t-on pas toujours objecter que l'inoculation n'a été que l'occasion des accidents qui se sont manifestés, et qui tôt ou tard eussent apparu sans l'inoculation elle-même ? Or, M. Boudeville n'ayant jamais eu d'accident syphilitique, l'expérience dont il a été l'objet devient concluante.

Hunter et M. Ricord, ajoute M. Huguier, disent qu'il n'y a que le chancre qui soit inoculable parmi les accidents primitifs, et, pour M. Ricord, les tubercules muqueux sont secondaires ; pour M. Huguier, cet accident peut être à la fois primitif ou secondaire. Or, s'il se transmet, et la chose pour lui n'est pas douteuse, il faut admettre qu'il est contagieux et primitif ; et s'il est secondaire, au

point de vue de M. Ricord, il ne doit point se transmettre par contagion. Or, il est contagieux; donc les accidents secondaires des plaques muqueuses se transmettent par contagion: d'où il faut conclure que certains accidents secondaires sont transmissibles de l'homme malade à l'homme sain.

Toutefois, ajoute M. Huguier en terminant, j'aurais voulu dans le travail de M. Vidal plus de détails. Il demande ce que sont devenues les pustules du premier malade chez lequel on a pratiqué l'inoculation : se sont-elles ulcérées? comment se sont-elles cicatrisées? Il aurait désiré que M. Boudeville entrât dans quelques détails plus circonstanciés relatifs à l'inoculation dont il a été l'objet.

M. Vidal se félicite d'être d'accord sur ce sujet avec M. Huguier; il croit que l'inoculation n'est réellement concluante que dans le cas où se trouvait M. Boudeville. En effet, des praticiens distingués à qui M. Vidal disait : J'inocule les accidents secondaires sur l'homme malade, ajoutaient : — La chose n'a rien d'étonnant, vous agissez sur des hommes infectés. Puis faisant des réserves relativement aux plaques muqueuses, M. Vidal dit : Je crois à l'inoculation plus facile du pus de l'ecthyma que de tout autre élément secondaire. Toutefois, ce n'est pas à dire que la plaque muqueuse ne soit pas contagieuse; M. Baumès, qui ne croit pas à l'inoculation des accidents secondaires, croit cependant à la contagion de la plaque muqueuse.

M. Lenoir. La question soulevée par M. Vidal est trop importante pour que la Société ne s'intéresse pas à tout ce qui sera fait dans cette voie. Il serait peut-être bon de nommer une commission pour suivre le résultat de ces expériences.

M. Forget pense qu'il y aurait de l'inconvénient à donner suite à la proposition de M. Lenoir, en nommant une commission la Société de Chirurgie prendrait parti pour un mode d'investigation scientifique qui compte un grand nombre d'opposants. Or, il me semble, dit M. Forget, que la Société de Chirurgie ne peut vouloir assumer la responsabilité des expériences dont il s'agit sans qu'on se soit expliqué devant elle sur les avantages et les dangers de celles-ci; or, c'est ce qu'elle ferait si en ce moment elle se faisait représenter officiellement auprès des expérimentateurs.

Je ne veux pas entrer ici dans l'examen de l'inoculation; mais

avant que vous preniez la décision qui vous est proposée, je ferai remarquer que la question des inoculations syphilitiques acquiert des proportions immenses, si bien, que je ne sais vraiment plus où elle pourra s'arrêter. Ce n'est plus seulement à un individu actuellement atteint de syphilis qu'elle a la prétention de s'adresser; ce n'est plus de cet individu à un autre individu également malade que l'on devra expérimenter; pour que les résultats de l'inoculation soient sérieux, significatifs, probants, il faut, d'après M. Huguier, qu'elle porte sur des individus purs de toute atteinte antérieure ou actuelle du vice vénérien; elle exige enfin des natures complétement *vierges*. En présence de telles exigences, je ne comprendrais pas, je le répète, que la Société encourageât les recherches des expérimentateurs en leur adjoignant des membres pris dans son sein. On dira, sans doute, que l'inoculation ne sera pratiquée que sur des individus qui s'y prêteront de bonne volonté; à cela je réponds que, lorsqu'un individu veut s'empoisonner, il est du devoir de tout homme et surtout du médecin de s'y opposer. La question soulevée ici, et philosophiquement envisagée, me paraît jugée depuis longtemps : je pourrais citer d'imposantes autorités qui se sont prononcées contre elle : frappé, pour ma part, des dangers qui s'y rattachent, je persiste à croire que ce que la Société a de mieux a faire, c'est de laisser la responsabilité de ces expériences à ceux qui les pratiquent, d'examiner les résultats qui lui seront communiqués, sans se prononcer d'une manière définitive pour ou contre le procédé d'observation dont il s'*agit*.

M. Huguier. Je ne me dissimule pas toute la gravité de ces expériences, mais il importe, au point de vue moral et médico-légal, que la gestion de la transmission par contagion des accidents secondaires soit jugée, que toutes ces expériences d'inoculation soient donc faites dans des conditions telles, qu'elles soient probantes pour tous ou qu'elles cessent.

M. Marjolin demande à M. Vidal si M. Boudeville savait les conséquences auxquelles il s'exposait en s'inoculant les accidents secondaires. Si des tentatives de ce genre sont de nouveau répétées, il importe, ajoute M. Marjolin, que ceux qui s'inoculent sachent bien à quoi ils s'exposent. Il rappelle à ce propos ce qui se passa à l'époque où Broussais faisait table rase du virus syphilitique: trois jeunes gens dont M. Marjolin père racontait l'histoire dans ses

cours s'inoculèrent. Sur l'un des trois seulement l'inoculation réussit et amena tous les accidents qu'on devait attendre. Bientôt, ce jeune homme découragé se donna la mort. Il faut donc réfléchir, avant de se lancer dans une pareille voie ; que ceux qui de leur propre mouvement chercheront à vider cette question apportent ici le résultat de leurs expériences, qu'ils se fassent visiter par des médecins habiles, cela est très bien; mais la Société ne peut pas prendre une part active en nommant une commission.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 12 *février* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° La Société reçoit un numéro du *Journal de Médecine et de Chirurgie* de M. Lucas Championnière, 22e année, 2e série ;

2° Une note sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans le département du Puy-de-Dôme en 1849, par MM. Nivet et Guillon.

— M. Ricord prend la parole à propos du procès-verbal et s'exprime ainsi :

Dans la question intéressante qui a été soulevée ici par notre collègue M. Vidal relativement à l'inoculation des accidents secondaires, mon nom et les doctrines que je professe ayant été mis en cause, je viens, après avoir entendu la lecture du compte-rendu de votre dernière séance, vous demander la permission de continuer la discussion.

Je vous dirai d'abord que je donne mon assentiment plein et entier à l'argumentation de M. Cullerier, avec lequel je suis en communion d'idées et de doctrine ; ce qu'il a dit dans votre dernière séance je l'accepte comme si je l'avais dit moi-même.

Les inoculateurs, et je ne sais plus aujourd'hui où en est la limite, doivent se féliciter de leur récente conquête, de leurs nouvelles recrues. Les réfractaires, enfin ramenés, ont tiré la *lancette de l'étui* pour replacer « la science à la pointe de cet instrument. » Nous acceptons le combat ; car ils viennent, loyalement et publi-

quement, rétracter par leurs paroles, leurs écrits et leurs actes ce qui avait été dit contre les premiers inoculateurs et les inoculations. Il y a même plus, les lois de l'évolution syphilitique et la nomenclature ont été franchement acceptées, ainsi qu'on peut le voir dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.* M. Vidal nous a surtout distancé, nous qui, par des motifs que nous avons autre part formulés, n'avions jamais osé pratiquer d'inoculations que sur l'individu déjà malade. M. Vidal a inoculé un individu sain (M. Boudeville, interne en pharmacie à l'hôpital du Midi) avec un plein succès que je puis vous certifier; car j'ai eu ensuite à soigner le malade, qui a passé par la série régulière des accidents primitifs, successifs et secondaires.

M. Vidal a la bonté de me rappeler un fait qui se trouve dans mon *Traité sur l'inoculation.* C'est vrai, un de mes élèves s'est inoculé; mais avec du pus qui d'abord avait échoué sur le malade; autrement, comme dans le cas de M. Vidal, s'il avait réussi sur le malade lui-même, mon élève se serait bien gardé de s'inoculer; car il aurait été sûr de réussir. Ce qui ne réussit pas sur le malade ne réussit pas plus sur l'homme sain, et *vice versâ.*

C'est en qualité de médecin de M. Boudeville et avec sa permission que déjà j'avais pu commenter son observation. C'est d'après cette observation surtout qu'il m'était permis de dire, avec M. Vidal lui-même, que l'expérimentation ne doit pas être isolée de l'observation, autrement elle devient incertaine et dangereuse.

Je ne veux pas recommencer ici l'histoire de l'inoculation; je veux rester autant que possible dans la question agitée au sein de la Société de Chirurgie. Cependant, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler quelques grands préceptes, préliminaires indispensables avant d'entrer plus avant dans la discussion.

Une première contagion, autrement dit une première inoculation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une quatrième et ainsi de suite, quel que soit l'intervalle, le temps qui les sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'application directe du pus virulent dans les conditions voulues. Le *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique enfin n'empêchent pas une nouvelle contagion ou de nouvelles inoculations.

Cela posé, et c'est incontestable, d'observation journalière, qu'on

peut répéter à volonté, de manière à me permettre de jeter le gant à tout contradicteur, je dois combattre une grave erreur qui a cours dans quelques ouvrages, dans ceux de M. Cazenave, entre autres, et que notre honorable collègue M. Huguier a soutenue ici; à savoir, qu'il suffisait de faire une piqûre, une égratignure, une solution de continuité quelconque à un vénérien, pour que ces blessures devinssent aussitôt des ulcérations vénériennes. C'est une erreur que je demande à notre ami et collègue M. Huguier la permission de combattre avec énergie, non-seulement au point de vue de l'inoculation syphilitique, mais au point de vue plus général de la chirurgie et des opérations. Non; et je l'ai déjà dit ailleurs, non, le vénérien n'est pas une *outre* virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus qui doit ensuite spécifiquement corroder, *ulcérer chancreusement* l'ouverture qui lui a livré passage. On peut opérer, et nous opérons tous les jours, des individus affectés des différents symptômes de la syphilis, et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires, pourvu que les plaies ne soient pas souillées après coup par du pus primitif, c'est-à-dire du pus virulent. Il y a peu de jours encore, on pouvait voir dans mon service de l'hôpital du Midi un malade auquel j'avais pratiqué la circoncision pendant qu'il portait encore une induration d'un chancre récemment cicatrisé, et qu'il était affecté d'accidents secondaires précoces des mieux caractérisés. Vous savez tous, Messieurs, et parmi vous j'ai le bonheur et l'honneur de retrouver de mes anciens élèves qui ont été témoins oculaires des faits; vous savez tous les nombreuses inoculations comparatives que j'ai pratiquées sur le même malade et en même temps. Ainsi, tandis que nous inoculions du pus de chancre à une cuisse, nous faisions une piqûre simple à l'autre. Chez des individus porteurs à la fois de chancres et de blennorrhagie, tandis que le pus du chancre était inoculé d'un côté, le muco-pus de la blennorrhagie l'était de l'autre. Pour les malades affectés d'accidents constitutionnels seuls, ou coexistant avec des accidents primitifs, j'ai suivi le même procédé, et toujours j'ai obtenu le même résultat. Le pus du chancre à la période spécifique a pu *seul être inoculé*.

Si, comme l'ont prétendu quelques syphiliographes, toute piqûre devait devenir fatalement spécifique, si elle devait produire un accident vénérien sur des individus déjà infectés, au lieu d'avoir

constamment échoué dans nos inoculations d'accidents secondaires sur les malades eux-mêmes, nous aurions dû toujours réussir, ou au moins cela aurait pu nous arriver quelquefois, et nos adversaires surtout devraient avoir de nombreux exemples à nous citer; mais vous savez qu'il n'en est pas ainsi, et vous connaissez le nombre des faits que nous avons à combattre.

Arrivons donc à la question :

Wallace, M. Vidal et M. Cazenave ont inoculé des accidents secondaires. Pour donner aux expériences de ces savants toute la valeur nécessaire, on a cherché à établir, à reconnaître leur autorité scientifique. Sans Wallace, M. Vidal invoque le témoignage de M. Diday, autrefois notre disciple. M. Diday semble croire à ces expériences, et cela leur donne une grande valeur aux yeux de M. Vidal; mais M. Diday croit aussi qu'en inoculant du sang d'un syphilitique tertiaire à une personne non encore infectée, on peut la mettre à l'abri de la syphilis constitutionnelle !

Or M. Vidal croit-il alors M. Diday ? Vous savez tous que non ; M. Vidal vous a dit ce qu'il pensait de M. Diday et de sa doctrine dans les lettres qu'il a écrites. On s'est aussi appuyé sur l'autorité de M. Baumès, qui a dit qu'*il pensait* qu'on pourrait inoculer les accidents secondaires et qui n'a pas pu les inoculer, lui qui a tant fait d'expériences confirmatives des miennes.

Je n'insisterai pas davantage sur l'importance qu'on doit attacher aux autorités qu'on invoque dans une page, dans un alinéa, dans un mot qui est favorable aux idées qu'on veut soutenir et qu'on abandonne bien vite dans des chapitres entiers qui sont contraires.

Retournons à Wallace. Je ne veux pas faire de nouveau le commentaire de ces deux expériences, je l'ai déjà fait dans les lettres que je publie sur la syphilis. En dehors des inexactitudes, du défaut de description et d'appréciation de l'état antérieur des sujets inoculés, je ne veux que vous rappeler ce fait qui a dû frapper tous ceux qui ont fait des inoculations, c'est-à-dire le temps qui a distancé la cause des effets: chez un malade, le premier résultat local de l'inoculation a lieu au bout de vingt-huit jours; chez l'autre, après un mois! Avec ce que vous savez aujourd'hui sur l'inoculation de la variole et du vaccin, que répondriez-vous à celui qui, pour renverser vos doctrines, vous dirait que ce n'est qu'après vingt-huit jours ou un mois qu'on voit se développer la pustule

variolique ou la pustule vaccinale? Vous lui diriez poliment : Vous vous êtes trompé, ou on vous a trompé; et s'il persistait dans ses assertions, vous demanderiez, pour être convaincus, autre chose que deux faits encadrés comme ceux de Wallace.

Mais notre collègue M. Vidal a inoculé du pus d'un ecthyma sur le malade lui-même, puis du malade à un élève *sain* de l'hôpital du Midi, et il a réussi d'abord sur le malade, puis sur l'élève. Cette inoculation a été considérée par M. Vidal comme étant la preuve de la possibilité de l'inoculation des accidents secondaires, à cause de la forme de l'accident auquel il avait emprunté le pus inoculable, de son siége à la poitrine, et des autres conditions dans lesquelles se trouvait le malade évidemment affecté de syphilis constitutionnelle récente, suite d'un chancre induré cicatrisé depuis peu de temps. Mais le malade était entré à l'hôpital affecté en même temps des symptômes secondaires précoces et dans l'ordre de filiation et d'évolution régulières, et de l'*ecthyma intercallé*, dont la description donnée par M. Vidal lui-même ne constitue plus un symptôme de cette période. On n'a pas vu *naître* l'ecthyma, son mode de développement et son mécanisme de production, et on a conclu d'emblée qu'il était secondaire, par les seules raisons que j'ai tout à l'heure rappelées. Eh bien! par les règles que je vous ai indiquées en commençant, moi, je suis resté convaincu que l'ecthyma qui avait fourni le pus inoculable était lui-même un ecthyma primitif contracté par le malade postérieurement à son chancre induré, ainsi qu'on peut en voir tous les jours de nombreux exemples à l'hôpital du Midi. Le signe pathognomonique de cet ecthyma s'est trouvé justement dans le résultat positif de l'inoculation.

Le malade avait en même temps des symptômes secondaires bien caractérisés, bien incontestablement dépendants du chancre induré dont il était encore porteur; pourquoi n'a-t-on pas inoculé le produit de leur sécrétion? Non, c'est au seul accident qui dans ce cas particulier ne pouvait plus être rattaché à la période à laquelle la syphilis constitutionnelle était arrivée, c'est à l'accident insolite qu'on s'adresse; et alors qu'il témoigne encore de son étrangeté par les résultats qu'il donne, on conclut contradictoirement qu'il est identique à ceux qui sont absolument différents et qui existent en même temps sur le malade!

M. Vidal, dans son cas particulier et par la symptomatologie qu'il vient de nous donner ici, n'a pas établi d'abord le diagnostic différentiel entre l'ecthyma primitif et l'ecthyma secondaire; donc c'est d'autorité et sans signes pathognomoniques qu'il a décidé qu'il avait affaire à un ecthyma secondaire. On a cherché à trouver dans les résultats de l'inoculation des différences entre ce qu'avait produit l'inoculation de M. Vidal et ce qu'on peut produire tous les jours avec le pus du chancre. Eh bien ! des différences, il n'y en a pas. Ici nous retrouvons l'identité complète la plus absolue: le malade lui-même a pu être inoculé, et l'inoculation a aussi réussi sur l'homme sain ! C'est ce que fait le pus du chancre. Sur l'élève inoculé, qui a été immédiatement soumis à mon observation, l'inoculation a suivi la marche la plus régulière ; rien n'a manqué : pustules, ulcérations régulières dont la base s'est indurée dans le temps voulu ; engorgements indolents des ganglions axillaires ; et, au *terme légal,* aucun traitement n'ayant été fait, les accidents secondaires, dans leur ordre de filiation rigoureuse, sont apparus. C'est un cas type. C'est l'inoculation telle que nous la pratiquons avec le pus *primitif.* Donc ce cas rentre dans la règle générale ; il obéit, non pas aux lois que nous avons faites, mais à celles que la pathogénie syphilitique nous a imposées, dont nous avons cherché jusqu'ici à comprendre l'esprit et la lettre, lois auxquelles nous obéirons, que nous promulguerons jusqu'à ce qu'une révision plus sévère soit faite, et que d'autres lois votées à plus de *deux voix* soient venues les abroger.

M. Gibert, qu'on a cité avec raison, n'admet pas le début pustuleux du chancre, partant l'ecthyma primitif ; mais M. Gibert admet la pustule d'inoculation, comme si la nature n'avait pas des instruments à son service cachés aussi acérés que nos lancettes et comme si elle n'était pas plus ingénieuse que l'art à s'en servir !

M. Cazenave à son tour, qui cependant a tant et si bien étudié les maladies de la peau, n'admet pas d'ecthyma primitif; vous savez tous ce qu'il a fait dans ses écrits pour tâcher de prouver que l'ecthyma était toujours un accident constitutionnel, et vous savez que, malgré tout son talent, il n'a pu atteindre son but, et que, grâce à ses descriptions sincères, vous parvenez à reconnaître le chancre, l'ecthyma primitif des lèvres et celui des doigts que lui seul méconnaît en les décrivant si bien.

Pour M. Cazenave donc, il n'est pas étonnant qu'il croie à l'inoculation possible des accidents secondaires quand il aura inoculé du pus d'ecthyma. Il n'y aurait par conséquent rien à lui répondre, ou à répondre à ceux qui invoquent son autorité. Mais n'imitons point ici M. Cazenave ; toute question honnête demande une réponse polie. Le cas de M. Cazenave n'a que deux côtés, et les deux côtés sont douteux. Lisez l'observation publiée dans le numéro de janvier de ses *Annales ;* c'est encore un cas de syphilis bien régulière, bien typée, à phases *méthodiques* bien décrites, bien reconnues, surtout bien *dénommées*. Un traitement spécifique est administré avec succès, et conduit à la guérison. La malade est alors prise de dérangements du côté des voies digestives, qui forcent à suspendre le traitement. Dix jours plus tard arrivent tout à coup, à la face interne d'*une cuisse*, de la rougeur, des *démangeaisons vives*, de la douleur et, le surlendemain, apparaît une pustule d'ecthyma qui, au bout de trois jours, a acquis le volume d'une noisette. Il y a là des douleurs *très vives*, on met des cataplasmes qui déchirent la pustule ; et le 15, on trouve une ulcération profonde intéressant toute l'épaisseur du derme, de trois centimètres environ de diamètre, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, ayant une aréole cuivrée, sans induration à sa base. Le 17, l'ulcère s'est agrandi, les bords semblent se renverser, le fond est détergé de la sécrétion grisâtre ; il est baigné par un liquide séro-purulent peu abondant.

C'est alors que M. Cazenave, frappé sans doute de la bizarrerie de ce nouvel accident, si singulièrement arrivé, si bien isolé dans son siége très remarquable, avec sa symptomatologie si peu en harmonie avec les descriptions que M. Cazenave donne autre part d'ecthymas constitutionnels, et qui au contraire ressemble si bien à certaines inoculations à marche aiguë dont nous avons donné des exemples dans l'iconographie ; c'est alors, dis-je, que M. Cazenave songe à l'inoculation. Une piqûre est faite à la face palmaire de chaque avant-bras.

L'ulcère de la cuisse continue à s'agrandir. Ses bords *se renversent*, son fond paraît plus élevé. Les piqûres des avant-bras sont accompagnées de *démangeaisons ;* elles produisent, dit-on, des pustules bien formées. Mais suivez la description. Il n'est point question de cette ulcération térébrante, si *caractéristique* dans les

inoculations artificielles. Il n'est pas même question d'ulcération ! On parle ensuite de cicatrices évidentes, comme celle qui arrive sur des surfaces réséquées sans doute, comme on en voit dans les fausses inoculations.

Au bout de sept jours, sans rien faire, tout est fini d'un côté, et au bout de dix c'est fini de l'autre; quelques jours plus tard, parce qu'on n'a pas fait tomber la croûte plus tôt; mais l'ulcère de la cuisse qui devait être de même nature, bien qu'ayant commencé plus tôt, a-t-il guéri aussi vite, quoique traité, tandis qu'on ne faisait rien aux piqûres des avant-bras? Non. Commencé le 10 août, il n'est guéri que beaucoup plus tard. Cinq semaines après, le 16 septembre, il n'était pas encore cicatrisé. Qu'a été cette ulcération de la cuisse qui ressemble tant à l'ecthyma primitif, qui, comme tous les accidents de sa nature, est si fallacieux dans ses modes de propagation ?

Je vous l'aurais peut-être dit d'une manière plus sûre si j'avais moi-même pratiqué l'inoculation; mais c'est M. Cazenave qui a opéré, et vous venez de voir ce qui lui est arrivé. C'est qu'il a pris de fausses pustules, telles que nous les avons tous décrites, demandez plutôt à MM. Puche et Cullerier, pour de vraies pustules. Je n'en fais pas un crime à M. Cazenave; en continuant ses expériences, il apprendra à les connaître.

Concluons donc que pour la syphilis comme pour le vaccin, comme pour la variole, il y a de fausses pustules, dont M. Cazenave vient de nous donner un fort bel exemple; qu'il y a aussi ecthyma et ecthyma : les uns primitifs, suite directe de la contagion ou de l'inoculation artificielle; les autres, conséquence de la syphilis constitutionnelle. Ils peuvent, les uns et les autres, siéger partout; être unique, ou nombreux; isolés, ou groupés; plus ou moins superficiels, ou profonds; simplement ulcérés, ou bien ulcérant progressifs; à base indurée ou non, à forme ronde, à bords taillés à pic et plus ou moins renversés, à fond grisâtre, plus ou moins adhérents, à sécrétion séro-sanieuse, séro-purulente, purulente ; à aréole rouge, plus ou moins vive, plus ou moins sombre, plus ou moins cuivrée; à marche plus ou moins aiguë, à durée plus ou moins longue, et laissant enfin des cicatrices qui peuvent encore se ressembler.

Mais si ces deux ecthymas, différents au point de départ, peu-

vent plus tard se confondre pour des yeux inattentifs ou mal disposés, on peut parvenir à trouver les différences. Les principales sont, pour l'ecthyma primitif dans certains siéges : le retentissement possible sur les ganglions lymphatiques voisins, comme dans le cas de M. Boudeville, ce que ne fait jamais l'ecthyma constitutionnel, et enfin la possibilité de fournir du *pus inoculable*, qu'on aura encore à chercher dans l'ecthyma secondaire.

Du reste, Messieurs, une nouvelle voie est ouverte à l'expérimentation, qui n'engage la responsabilité de personne et qui ne peut laisser à personne de regrets.

S'il est vrai qu'on puisse inoculer des accidents syphilitiques primitifs de l'homme aux brutes, et qu'il fût vrai que les accidents secondaires fussent inoculables sur l'homme, on serait en droit d'espérer qu'on pourrait aussi inoculer les accidents secondaires aux animaux qui voudraient bien le permettre. Attendons.

M. Vidal. Ma réponse sera courte; car M. Ricord, pour ce qui me concerne, ayant répété (comme il l'avoue) les arguments produits dans la précédente séance par M. Cullerier, je ne pourrais que répéter ce que j'ai déjà répondu, et je ne dois pas faire subir cet ennui à la Société.

M. Ricord a insisté sur les dangers que j'avais fait courir à un homme sain en l'inoculant; il a blâmé cette conduite. Mais je trouve dans le livre de M. Ricord, page 490, une observation où il est dit que l'ecthyma a été inoculé sur l'homme malade et sur l'*homme sain*.

Voici textuellement le passage : « On inocule le même pus par deux piqûres sur le bras gauche d'un *individu sain*. » (*Traité des Maladies vénériennes.*)

M. Ricord répond qu'il ne savait pas que cette observation pût se trouver dans son livre, ou qu'il l'avait oublié. Selon lui, ce serait un de ses élèves qui aurait expérimenté. Il dit aussi qu'ayant d'abord inoculé sans succès le malade, il pouvait inoculer l'homme sain, puisqu'il savait que le résultat serait nul. M. Ricord a d'abord déclaré qu'il adoptait toutes les observations de son livre. L'inoculation a été faite dans son service. Il y a beaucoup de réponses à faire à cela. Je ne ferai qu'une réflexion ; la voici :

M. Ricord aurait donc fait volontairement une expérience qu'il savait d'avance inutile. Mais laissons de côté les questions de con-

duite, qui ici pourraient obscurcir les questions de science. On m'objecte M. Boudeville, qui a dit et qui imprimera que j'ai puisé dans une ulcération quand je l'ai inoculé. Eh bien! voici un passage même de l'observation de M. Boudeville qui détruit cette objection. « La *pustule* à laquelle fut prise le pus était surmontée d'une croûte grisâtre, écailleuse, d'une étendue de 8 à 9 millimètres et précédée d'un cercle inflammatoire *rouge-brunâtre;* sous cette croûte *séjournait* un pus blanc-grisâtre et très épais (1). »

Vous le voyez, Messieurs, d'après M. Boudeville, qu'on m'oppose ici à tort, le pus a été puisé dans une pustule et non dans une ulcération. J'ajoute que cette pustule était comme celle du reste du corps, qu'elle était née dans les mêmes circonstances; seulement, elle paraissait plus récente.

M. Ricord répond à M. Vidal qu'il aurait voulu avant toute tentative d'inoculation un diagnostic précis de l'ecthyma auquel on a puisé le pus. Il serait heureux de voir M. Vidal faire le diagnostic de l'ecthyma primitif de l'ecthyma ancien.

M. Vidal est arrivé au diagnostic par l'évolution même de la maladie. Le malade avait un chancre induré datant de six semaines; il avait une manifestation bien franche des accidents secondaires. Le corps du malade était couvert d'un certain nombre de pustules d'ecthyma n'étant point ulcérées et ayant à la base une teinte cuivrée caractéristique de l'accident secondaire. Or, à moins d'admettre que le corps de ce malade présentait un certain nombre de chancres résultat d'inoculations artificielles, on ne peut pas nier que nous avions réellement affaire à des ecthyma secondaires; d'ailleurs, les accidents présentés par M. Boudeville lui-même ne témoignent-ils pas en faveur de l'accident secondaire? D'abord, ce jeune homme a des pustules qui s'affaissent promptement, c'est-à-dire en vingt jours, et peu de jours après de nouvelles pustules apparaissent.

M. Ricord. Je trouve précisément dans l'évolution des accidents présentés par M. Boudeville la confirmation de mes idées. Chez ce jeune homme, les accidents ont marché absolument de la même manière que les accidents primitifs que l'on inocule. Puis, compa-

(1) M. Vidal montre l'original de l'observation de M. Boudeville. Nous savons qu'il le met à la disposition de ceux qui voudraient le consulter.

rant l'évolution des couches d'inoculation à ce qui s'est produit chez M. Boudeville, il conclut à l'identité des mêmes accidents, c'est-à-dire à l'inoculation d'accidents primitifs.

M. Huguier fait observer que le malade sur lequel il a été pris du pus d'ecthyma pour inoculer M. Boudeville était à la fois porteur d'accidents primitifs inoculables et d'accidents secondaires; or cela est en opposition avec les doctrines professées par M. Ricord.

M. Ricord. A cela, je réponds que les inoculations que s'est faites le malade avaient été abandonnées à elles-mêmes et qu'elles étaient restées stationnaires, comme cela résulte des expériences de M. Puche, qui les abandonne toutes; mais ce qui pour moi est convaincant, c'est que jamais ni M. Puche, ni M. Cullerier, ni moi n'avons pu inoculer aucun accident secondaire dûment constaté. Les accidents secondaires ne produisent jamais aucun engorgement ganglionaire par eux-mêmes, à moins qu'ils ne se joignent à quelques accidents concomitants, comme une ulcération, une plaie quelconque. Chez M. Boudeville, les accidents constitutionnels ont présenté en tout point la marche que suivent les accidents primitifs qu'on inocule. Pour toutes ces raisons, je crois chez M. Boudeville à l'inoculation non d'un accident secondaire, mais bien primitif.

M. Huguier n'admet pas l'opinion de M. Ricord relativement à l'absence d'engorgement ganglionaire consécutif à l'accident secondaire : il a constaté souvent que l'accident secondaire, dit plaque muqueuse de l'anus, des organes génitaux externes, était souvent accompagné d'engorgement ganglionaire qu'un examen attentif faisait découvrir.

M. Ricord a constaté souvent, comme M. Huguier, la présence d'engorgements ganglionaires inguinaux se liant à la présence de plaques muqueuses des organes génitaux externes ou de l'anus; mais ce qu'un examen attentif lui a toujours fait découvrir, c'est que quelques-unes de ces plaques tenaient à la transformation de quelques chancres, et que c'étaient ces derniers, et non la plaque muqueuse, qui avaient amené l'engorgement.

M. Forget, après avoir entendu l'exposé de principes fait par M. Ricord et sa réponse à M. Vidal, regrette qu'un fait reste inexpliqué, celui de l'origine d'un ecthyma virulent primitif sur un in-

dividu qui, au dire de l'observation, ne portait depuis plus de six semaines aucune manifestation syphilitique capable de fournir un pus inoculable. Il y a ici un inconnu qu'il serait important d'éclairer : entre les affirmations contraires de deux syphiliographes on ne peut plus autorisés en un pareil sujet, quelle conclusion pouvons-nous tirer, nous qui n'avons dans cette discussion d'autre intérêt que celui de la science et de la vérité? Il faut de toute nécessité qu'il y ait un malentendu entre les deux habiles opposants, ou que d'un côté ou d'autre il se soit glissé une erreur capable d'expliquer cette contradiction.

Au point où ce débat est arrivé, tout le monde a intérêt à voir la question résolue; chacun sent le besoin d'une conclusion. Or celle-ci, on ne l'aura que par la publication du fait en discussion : M. Vidal a l'observation rédigée par M. Boudeville, et il nous en a donné une lecture qui, à mon avis, n'a pas permis de bien l'apprécier; de son côté, M. Ricord en possède une autre rédaction; eh bien! que nos collègues veuillent livrer cette observation à la publicité; peut-être qu'en lisant les deux textes, en les rapprochant, en les comparant, on pourra dégager l'inconnu dont je parlais en commençant; c'est là, suivant moi, la manière la plus utile de terminer ce débat.

— La continuation de la discussion est remise à la prochaine séance.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 19 *février* 1851.

Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. PRAVAZ fait hommage à la Société :

1° De son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé;*

2° De son *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur.*

La Société reçoit :

Un mémoire de M. Defer, de Metz, sur la valeur des injections

iodées dans la thérapeutique chirurgicale. (M. Bonnet, rapporteur.)

Un mémoire sur les pansements inamovibles ; par M. Burggraeve, de Gand. (M. Larrey, rapporteur.)

M. Le Roy-d'Etiolles fils adresse sa thèse ayant pour titre : *De la paraplégie produite par les désordres des organes génito-urinaires.* (M. Demarquay, rapporteur.)

Suite de la discussion sur l'inoculation des accidents dits secondaires.

M. Huguier, en prenant la parole, proteste contre toute mauvaise interprétation que l'on pourrait donner à ce qu'il va dire.

Et tout d'abord M. Huguier, revenant sur les plaques muqueuses, admet qu'elles peuvent produire l'engorgement consécutif des ganglions ; puis, passant au fait de M. Vidal, il l'analyse de la manière suivante : il eût voulu savoir par qui l'observation a été prise; il signale dans l'observation des lacunes graves. Ainsi, il n'est pas fait mention de la constitution, du tempérament du malade porteur de l'ecthyma. On sait que des individus scrofuleux peuvent porter de ces ecthyma semblables aux ecthyma syphilitiques. On aurait dû également signaler les maladies cutanées antécédentes, on ne dit pas combien de jours après son entrée à l'hôpital l'observation est prise; et, chose plus importante encore, on ne dit pas depuis combien de temps les chancres étaient cicatrisés ; il était également important de savoir si les accidents secondaires se sont développés sous les yeux de M. Vidal. Le malade, pendant le temps qu'il a été chez M. Vidal, n'a-t-il pas eu de permission de sortir? on sait que souvent des malades contractent de la sorte de nouveaux accidents.

M. Vidal dit, dans son observation, que du pus a été pris le jour même de l'entrée du malade pour pratiquer l'inoculation sur le malade lui-même. Mais il fallait attendre, observer la marche des pustules auxquelles on devait puiser. Trois jours après on inocule M. Boudeville; puis le malade sort de l'hôpital, et on ne dit pas dans quel état étaient les pustules.

M. Huguier aurait voulu plus de détails dans l'étude des phénomènes qui se sont produits chez M. Boudeville. Ensuite, est-il bien vrai que M. Boudeville n'ait jamais eu d'accidents syphilitiques? sait-on s'il ne s'est pas exposé à contracter la vérole depuis le

moment où l'inoculation a été pratiquée jusqu'au moment où les phénomènes dits secondaires ont apparu? Toutes ces raisons n'infirment pas, il est vrai, le fait de M. Vidal, elles laissent un certain doute dans l'esprit. Néanmoins, le fait capital reste; M. Vidal a donné la vérole à M. Boudeville, et cela en puisant à des accidents qui ne sont plus à la période d'inoculation. Il est vrai que MM. Culerier et Ricord supposent que les pustules auxquelles le pus a été pris étaient des pustules d'inoculation que le malade se serait faites en grattant; mais ce n'est là qu'une supposition; et le fait de M. Boudeville, s'il n'est pas concluant, péremptoire, est au moins probant, et il doit nous faire supposer la possibilité de l'inoculation des symptômes secondaires.

M. Ricord m'a fait dire qu'un malade affecté de syphilis est une espèce d'outre dont la moindre piqûre fait apparaître des phénomènes de syphilis; telle n'est pas ma pensée. Ce que j'ai voulu dire est ceci : il peut arriver qu'un malade affecté de syphilis sans manifestation extérieure voie apparaître ces manifestations à propos de blessures, comme cela est arrivé à un malade que j'avais opéré d'une hernie étranglée, et dont la plaie prit la forme d'un ulcère syphilitique qui céda à un traitement convenable. Il peut encore arriver qu'un malade sous le coup de syphilis voie des accidents apparaître à propos d'un coup de fouet donné à l'organisme. Ainsi, j'ai vu, sur une jeune fille, des phénomènes syphilitiques apparaître du côté de l'iris et de la peau, après s'être exposée à un courant d'air qui développa une ophthalmie.

M. Ricord. Pour reprendre la discussion, parlons d'abord de M. Boudeville, que M. Vidal et moi nous devons défendre ici.

M. Huguier se demande si M. Boudeville n'avait pas déjà eu, antérieurement à l'expérimentation, des conditions de syphilis qu'il aurait cachées? Indépendamment de la confiance qu'on peut avoir dans un homme qui se dévoue comme l'a fait M. Boudeville, les lois de la syphilis constitutionnelle sont là pour prouver que c'était sa première et sa seule infection.

M. Boudeville a, dit-on, donné deux observations différentes; cela est vrai, et cela devait être. M. Huguier demande par qui a été recueillie l'observation sur laquelle M. Vidal s'appuie, et M. Vidal reconnaît cette première observation comme étant de lui.

Cette première observation, très incomplète, comme le fait

observer M. Huguier, est signée par M. Boudeville, a été en quelque sorte écrite sous la dictée ou sous l'inspiration immédiate de M. Vidal. C'est le *diagnostic* de M. Vidal *au moment de l'expérimentation* que M. Boudeville a transcrit, en faisant observer, toutefois, qu'il laissait « à qui de droit la suite de l'histoire du malade. » Il ne pouvait pas en être autrement. Il était impossible, en effet, qu'on laissât à M. Boudeville, élève en pharmacie très inexpérimenté alors, le soin de la description exacte de la maladie qu'il ne connaissait pas encore, et la responsabilité d'un diagnostic dans une circonstance aussi grave.

Mais lorsque M. Boudeville est venu réclamer mes soins, l'historique de ses antécédents me paraissant incomplet, j'ai dû lui demander la fin de l'observation du malade, une description plus précise des pustules auxquelles on avait emprunté le pus qui avait servi à l'inoculer, la marche de ces pustules et leur terminaison ; ce qu'on n'avait pas fait jusque-là. Or M. Boudeville, instruit plus tard à l'école de l'expérience personnelle et de l'expérimentation, put juger comparativement, d'après les malades vus dans mon service et les nombreuses inoculations faites immédiatement sous ses yeux avec le *pus de toutes les variétés de l'ecthyma secondaire*, pas si rare que quelques personnes le pensent, et après avoir suivi dans le même moment les recherches semblables répétées par M. Puch, a donné sa seconde observation, la seule dont il puisse réellement assumer la responsabilité. Mais là n'est pas la question; et peu m'importe laquelle des deux observations on veuille conserver, que ce soit la première insuffisante, ou la seconde plus complète. Si je n'ai pas vu l'accident auquel on a emprunté le pus inoculable, l'ecthyma ulcéreux ou ulcérant, j'ai vu le sujet inoculé. Or, chez M. Boudeville, l'inoculation, comme je vous l'ai dit dans ma précédente argumentation, a présenté la plus grande régularité; c'est un cas type d'inoculation d'accident primitif : pustule caractéristique, ulcération classique, chancre huntérien complet.

Je vous ai dit que M. Boudeville avait été soumis de bonne heure à mon observation, que j'avais pu suivre la marche de tous ses accidents, et que j'avais constaté chez lui l'ordre de filiation le plus parfait dans l'évolution syphilitique. Et d'abord, après l'induration de la base du chancre d'inoculation aux avant-bras, j'ai trouvé l'engorgement symptomatique et caractéristique des ganglions axil-

laires ; engorgement si important dans ce cas particulier, et que j'ai fait constater par M. Boudeville lui-même, par tous ses collègues de l'hôpital, et que M. Vidal avait négligé de chercher. J'ai insisté sur la présence de l'engorgement des ganglions axillaires qui a régulièrement lieu à la suite des accidents primitifs, parce que M. Vidal a cru, non-seulement avoir inoculé du pus provenant d'un accident secondaire, mais il a aussi pensé qu'il avait donné naissance, par son inoculation, à un accident secondaire d'emblée : l'ecthyma secondaire reproduisant l'ecthyma secondaire ! Après cela, Messieurs, vous vous rappelez que les accidents constitutionnels sont arrivés chez M. Boudeville dans un temps voulu, comme après tout accident primitif qui infecte, comme cela arrive après le chancre induré. Donc, d'après tout ce que nous savons des lois de l'inoculation jusqu'à nos jours, les inoculations de M. Boudeville se sont conduites comme si elles avaient été faites avec du pus de chancre à la période de progrès spécifique ; d'où je me crois encore le droit de conclure que le malade auquel on avait emprunté le pus devait être porteur d'accidents primitifs inoculables.

Mais on me demande d'où pouvait venir à ce malade les accidents qu'il avait déjà à son entrée à l'hôpital. D'où? Je ne suis pas forcé de le dire pour prouver qu'ils n'étaient pas de la même nature que les autres accidents dont il était en même temps affecté ; car nous ne savons pas toujours, dans les cas les plus vulgaires, comment la maladie a été communiquée. Cependant, je pourrais bien vous indiquer, comme nous l'avons déjà fait, M. Cullerier et moi, des sources que vous ne pourriez pas absolument contester. Les pustules ecthymateuses suspectes sont-elles apparues avant ou après la cicatrisation du chancre ? Qu'étaient la rhagade de l'anus et la suppuration de cette région ? Vous n'en dites rien, vous ne le savez pas. Mais était-il même besoin que ce malade se fût inoculé d'autres accidents avec le pus de ceux qu'il avait déjà ? Non, sans doute, et tout autre contact avait pu donner lieu aux accidents nouveaux.

Vous dites que nous sommes obligés de recourir à des suppositions, à des conditions exceptionnelles pour combattre votre assertion ! Mais ne supposez-vous pas vous-mêmes que vous avez affaire à des accidents secondaires, par des raisons bien moins valables ? et votre cas n'est-il pas pour vous aussi une exception, puisque

vous convenez que tous les ecthyma ne s'inoculent pas ? Vous ne pouvez donc pas exiger que les cas exceptionnels soient expliqués en tous points comme les cas ordinaires.

Je demande, en effet, à M. Vidal si tous les ecthyma s'inoculent ; il me répond non, mais qu'ils peuvent être inoculés dans des circonstances particulières. Je demande alors quelles sont ces circonstances, et on ne peut les indiquer autrement que par l'inoculation ! C'est donc l'inoculation qui fait la seule différence de ces ecthyma ? Eh bien ! moi je dis : Tous les chancres s'inoculent ; c'est, jusqu'à présent, le seul accident que les *inoculateurs* ont trouvé inoculable, et le chancre peut être ecthymateux, ou l'ecthyma chancreux ! Or le seul accident que vous avez pu inoculer parmi les accidents réputés secondaires, c'est précisément l'ecthyma, le seul aussi qu'on puisse réellement confondre avec le chancre et que vous venez tout récemment de confondre encore, puisque vous avez considéré les pustules d'inoculation de M. Boudeville comme étant également des ecthyma secondaires ; et vous voulez, quand j'ai pu vérifier ce dernier diagnostic, que j'accepte le premier ! Cela n'est pas possible. Jusqu'à ce qu'on ait déterminé d'une manière rigoureuse et incontestable les conditions de l'ecthyma secondaire qui doit s'inoculer, l'inoculation restera pour moi le signe différentiel, pathognomonique de l'accident primitif. Il est entendu qu'il ne faudra pas s'en laisser imposer par de fausses pustules, que M. Vidal est obligé d'admettre, comme Hunter, comme tout le monde. Quant aux autres inoculations pratiquées par M. Vidal, je suis étonné, vu leur nombre, qu'il ne les ait pas mieux précisées, lorsqu'elles auraient pu servir à éclairer un point de doctrine auquel il attache avec raison tant d'importance !

Mais je dois répondre à M. Huguier sur la question du bubon, que je considère comme étant toujours une émanation directe de l'accident primitif. Non, nous ne pouvons plus aujourd'hui rester dans le cercle tracé par M. Lagnaux d'après les anciens errements, et nous devons maintenant distinguer le bubon symptomatique, souvent unique, qui suit le chancre non induré et qui suppure spécifiquement, de l'adénopathie multiple, indolente et non suppurative, compagne obligée et caractéristique du chancre induré ; il y a entre ces deux formes toute la distance qui sépare l'accident qui reste local de celui qui infecte l'économie. On ne peut plus

confondre, en 1851, ces adénopathies directes liées anatomiquement à l'accident primitif, avec l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs que détermine la sypbilis constitutionnelle.

M. Huguier prétend avoir trouvé le développement des ganglions inguinaux à la suite de papules, de pustules, de plaques muqueuses des régions ano-génitales. Eh bien! lorsque M. Huguier a rencontré ces ganglions engorgés, c'est qu'à coup sûr un chancre avait précédé. La preuve, c'est que si un chancre se montre aux organes génitaux et que, comme accidents secondaires, il donne lieu à des plaques muqueuses des lèvres, de la langue, de la cavité buccale, tandis que l'engorgement ganglionaire a lieu dans les régions inguinales, on ne voit pas de développement des ganglions sous-maxillaires; que si, au contraire, l'accident primitif (le chancre) débute du côté de la bouche, chose assez commune, et que consécutivement des papules muqueuses se montrent à l'anus ou aux organes génitaux, ce seront les ganglions sous-maxillaircs qui seront engorgés, et on ne trouvera rien dans les régions inguino-crurales. Mais notre collègue M. Huguier croit aux papules muqueuses primitives; il m'accuse même d'avoir douté de leur nature dans l'ouvrage que j'ai publié en 1838. Non, pas plus en 1838 qu'en 1851 je n'ai cru aux papules muqueuses primitives. Mais alors, au début de mes recherches, je n'avais pas encore aperçu une des origines possibles de cet accident; le mystère de sa production, sujet de tant de controverses, ne m'était pas connu. Symptôme bizarre, réputé primitif ou secondaire, selon le bon plaisir des observateurs, il ne me paraissait pas devoir être l'un ou l'autre par l'effet d'un caprice, du hasard; il devait y avoir une loi: il fallait la chercher. Ce papillon insaisissable, passez-moi la métaphore, devait avoir une chenille, et cette chenille, je l'ai trouvée dans le chancre induré se métamorphosant en papules muqueuses, passant *in situ* de l'état d'accident primitif inoculable à l'état d'accident secondaire qui ne l'est plus, tout en conservant encore pendant le cours de cette seconde période quelques-uns des attributs de la première, et, entre autres, les pléiades ganglionaires qui ont pu tromper M. Huguier.

M. Vidal, qui avait cédé plusieurs fois son tour de parole, déclare d'abord qu'il ne prononcera pas de discours, parce qu'il ne sait pas les faire. Il n'a pas eu la prétention de convaincre M. Ri-

cord; ce serait un triomphe, dit M. Vidal, et je ne pouvais viser à un pareil résultat. J'ai dit en commençant mon travail qu'il est des convictions que rien ne pouvait ébranler. Je devais donc m'adresser à d'autres esprits, et j'ai procédé par les faits. Une de mes observations a surtout été discutée; elle n'a pas complétement satisfait M. Huguier. Je ne donne pas mon observation comme un modèle, comme une observation tout à fait classique. Mais elle est suffisante pour prouver que le malade auquel j'ai emprunté le pus d'inoculation n'avait que des accidents consécutifs; c'étaient des pustules nombreuses, et celles de la poitrine, auxquelles j'ai puisé, étaient semblables aux pustules répandues sur le reste du corps.

J'ai donc tracé un tableau qui montre la vérité et auquel il manque peut-être quelques accessoires qu'un artiste plus habile eût mieux exécutés, mais sans plus de profit pour la science. Pourquoi M. Huguier demande-t-il le nom de celui qui a recueilli l'observation, puisqu'il est écrit en toutes lettres? Quant au tempérament du malade, je l'ai indiqué. Pour les maladies antécédentes, j'ai dit que le sujet n'avait jamais été malade. Le chancre induré était complétement cicatrisé. Le malade n'était jamais sorti en permission : on ne peut donc pas supposer qu'il soit allé gagner un chancre en ville.

M. Ricord base toute son argumentation sur la loi qui veut que l'*accident primitif* seul soit inoculable. Selon lui, l'ecthyma peut être primitif et secondaire, et rien dans la symptomatologie ne peut établir la différence de ces deux pustules. Il n'y a que l'inoculation, et son résultat est le *seul signe pathognomonique*. De sorte qu'ici, comme je l'ai déjà dit, M. Ricord me répond par la question. En effet, la question qui est aujourd'hui posée, agitée est précisément celle de savoir s'il est réellement vrai que l'accident primitif soit le seul inoculable. Cette question devait nécessairement naître des faits qui prouvent que les accidents consécutifs peuvent être transmis par le coït ou par d'autres rapports intimes. Or cette transmissibilité a été constatée par de bons observateurs, et j'y crois, car je l'ai constatée. Pour moi, ce sont les antécédents du malade, surtout son chancre induré complétement cicatrisé; ce sont les symptômes d'infection générale qu'il a offerts; ce sont les caractères des pustules avec leur *auréole rouge-brun cuivreux;* c'est la ressemblance des pustules qui ont fourni le pus d'inoculation avec celles qui

étaient répandues sur le reste du corps; c'est, enfin, la réunion des symptômes offerts par le malade qui m'a conduit à établir que j'avais inoculé un accident secondaire. La clinique a précédé l'expérimentation et celle-ci est venue confirmer la clinique.

M. Ricord a observé M. Boudeville après son inoculation et n'a pas observé le malade. Il accepte mon observation, et ne s'occupe que d'interpréter les faits qu'il a constatés sur l'élève en pharmacie. En cela, il suit une marche logique et loyale. Mais on verra que le point de vue est toujours le même et que c'est toujours de par la loi de l'inoculabilité seule des accidents primitifs que M. Ricord se prononce contre moi, et qu'il est obligé de dire que je n'ai pas inoculé un accident consécutif. Mais, encore un coup, cette loi est une question et c'est précisément celle que je pose.

Remarquez que je traite *seulement* de l'inoculabilité de l'ecthyma dans mon travail. Je limite donc la question. Je ne puis donc accepter comme faits négatifs ceux qui résultent des inoculations des autres accidents consécutifs. Or l'ecthyma est assez rare, et je crois que, relativement aux autres accidents, il a été peu inoculé. Pour moi, j'ai rencontré une série telle qu'il m'a été possible de réussir onze piqûres sur douze.

En effet, sur le malade, sur le sujet de ma première observation, il a été pratiqué quatre piqûres aux cuisses, et elles ont donné lieu à quatre pustules. Sur le malade qui a fourni le pus pour inoculer l'élève en pharmacie, il en a été de même. Sur un autre malade, deux piqûres n'ont fourni qu'une pustule. Mais, quoique ce fait soit concluant pour moi, je l'ai élagué, parce qu'il y avait avec l'ecthyma un chancre à la verge qui n'était pas cicatrisé. Enfin viennent les deux piqûres faites aux avant-bras de M. Boudeville ; elles ont eu pour résultat deux pustules, que je considère toujours comme provenant d'un pus puisé à un accident secondaire.

Puisqu'il est encore question de M. Boudeville, je dois déclarer qu'il n'avait eu aucune maladie vénérienne quand il a été inoculé, et ici je me joins à M. Ricord, et je répète d'ailleurs ce que j'ai déjà dit : « Quand un homme a fait preuve d'un tel dévouement, il doit être cru sur parole. »

Pour terminer, je dois vous prouver que Hunter, en dehors de sa doctrine, est peut-être moins opposé à ma thèse qu'on ne pense.

Ainsi, vous lirez dans son livre le fait suivant, qui me paraît très remarquable et de nature à faire réfléchir :

« Pour constater si les ulcères secondaires de cette femme étaient » contagieux, c'est-à-dire si le pus provenant de ces ulcères pou- » vait produire les effets spécifiques du pus vénérien, je lui inocu- » lai du pus recueilli sur un de ses propres ulcères et du pus pro- » venant d'un bubon développé chez un autre malade qui n'avait » point encore fait usage de mercure. Cette expérience fut faite le » 18 septembre 1782.

» Le 19, la piqûre dans laquelle on avait inoculé du pus prove- » nant de la malade elle-même était devenue douloureuse trois » heures après l'inoculation et elle s'enflamma un peu le jour sui- » vant. L'autre ne s'était pas enflammée du tout.

» Le 20 septembre, les deux piqûres avaient suppuré et offraient » l'aspect extérieur d'une pustule variolique ; elles s'étendirent con- » sidérablement et s'accompagnèrent d'une vive inflammation. »

Mais pour Hunter, comme les pustules n'ont pas guéri par le même moyen et qu'elles ne se sont pas terminées à la même époque, l'accident consécutif n'a pas été inoculé avec succès ! comme si la thérapeutique, comme si la durée d'une maladie étaient toujours des éléments certains de diagnostic ! C'est que Hunter était enclavé dans sa loi ; c'est qu'il avait une conviction inébranlable absolument comme M. Ricord, car je crois que mon collègue est de la famille des Hunter.

— M. Pravaz, de Lyon, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, lit un mémoire sur l'emploi de l'air comprimé comme moyen de corriger les déviations de la poitrine tenant à la pleurésie. Des plâtres représentant des difformités corrigées sont mis sous les yeux de la Société à l'appui des idées émises dans le travail de M. Pravaz.

Une commission, composée de MM. Debout, Demarquay et Lenoir, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 26 *février* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° Un compte-rendu de la Société médicale du 1er arrondissement ;

2° M. Gosselin fait remettre à chacun des membres une feuille de son mémoire sur la rupture du poumon, où se trouve corrigée l'erreur relative à M. Lafargue, de Bordeaux ;

3° Une lettre de M. Auzias-Turenne dont voici le contenu :

Monsieur le Président,

J'ai lu dans le compte-rendu de la séance du 12 février de la Société de Chirurgie les phrases suivantes de M. Ricord :

« Une première contagion, autrement dit, une première inoculation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une quatrième, et ainsi de suite, quel que soit l'intervalle de temps qui la sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'application directe du pus virulent, dans les conditions voulues. Le *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique enfin, n'empêchent pas de nouvelles contagions ou de nouvelles inoculations. »

Puisque M. Ricord se porte au-devant de la discussion, en jetant loyalement le gant à tout contradicteur, je vous demande la permission de ne pas laisser cette provocation sans réplique. Je défie donc M. Ricord de produire l'observation d'une personne ayant eu, en l'absence d'un traitement, une série de chancres dont l'activité n'ait pas été plus ou moins régulièrement croissante.

On ne peut raisonnablement infirmer la loi de *syphilisation* que par l'observation ou par des expériences, en place desquelles je ne trouve qu'une affirmation dans la bouche de M. Ricord. Or, « une affirmation, » dit Bacon, « doit s'appuyer sur un phénomène ou dériver d'une loi générale. » Où est le phénomène, c'est-à-dire

un fait? Où est la loi dont M. Ricord s'est constitué un dogme? J'attends; car, jusqu'ici, je n'ai vu qu'une assertion sans preuve.

J'ai l'bonneur, etc. AUZIAS-TURENNE.

26 février.

—M. Richard (Adolphe) lit une note sur l'hydrocèle du cou; une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay et Libert, est chargée de faire un rapport.

Présentation.

M. LENOIR présente une jeune fille de 26 ans, d'une bonne constitution, ayant fait il y a un an une cbute dans un escalier. La partie postérieure de la tête vint frapper contre une marche, et depuis ce temps la malade éprouva constamment de la cépbalalgie d'abord générale, puis bornée seulement au côté gauche du crâne; il y a six mois, l'œil gauche devint plus saillant, et cependant la malade ne ressentait aucune douleur; actuellement l'œil est tout à fait cbassé hors de l'orbite et sur toute la partie supérieure apparaît une tumeur fusant en dehors dans la fosse temporale. Cette tumeur est molle, semi-fluctuante, irréductible, donnant lieu à des sensations de pulsations artérielles. La compression exercée sur la carotide fait cesser les battements, et la tumeur s'affaisse manifestement. L'œil, quoique cbassé au debors, n'a perdu aucune de ses fonctions, la malade voit mieux du côté malade que du côté sain. M. Lenoir se propose de lier la carotide primitive du côté malade. D'ailleurs nous aurons à revenir sur ce fait.

—M. MAISONNEUVE rappelle à la Société que déjà il a attiré son attention sur une double ablation du maxillaire supérieur. Cette malade qui avait été soumise à des émanations pbospborées a parfaitement guérie.

Une jeune femme, d'une bonne constitution et d'une bonne santé apparente, avait été opérée en province sans succès d'une tumeur comme polypeuse développée dans les fosses nasales. L'année dernière à l'Hôtel-Dieu, M. Cusco pratiqua l'ablation d'une portion du maxillaire gaucbe. Mais le mal revint et de plus envabit le côté droit. M. Maisonneuve, voyant la marche envabissante du mal et comptant sur la preuve d'une altération non cancéreuse, proposa à la malade de la débarrasser par une double ablation des maxillaires.

Voici comment il procéda à l'opération. Une incision faite sur la ligne médiane divisa la peau du nez et la lèvre supérieure, une autre incision perpendiculaire à celle-là venait tomber sur la partie interne du grand angle de l'œil, deux lambeaux furent détachés et renversés sur la tempe, de telle façon que toute la face était à découvert. Avec une scie à chaîne on scia les apophyses montantes du maxillaire, après avoir détruit l'os unguis. On scia les maxillaires, qui furent détachés des palatins, et ces os furent enlevés; les deux lambeaux de peau ramenés sur la ligne médiane furent réunis par des points de suture. Depuis cette opération aucun accident grave n'est survenu. La malade est bien et tout fait espérer une guérison. Dans la première opération de double ablation, M. Maisonneuve avait été obligé de refaire une paupière inférieure, cette circonstance amena une suppuration abondante, l'œil en contact duquel s'était trouvée cette paupière se perdit. Dans le cas actuel, aucun accident de ce genre n'est survenu.

M. Guersant approuve les remarques présentées par M. Maisonneuve sur l'innocuité en quelque sorte des opérations graves pratiquées sur la face. Il a vu souvent chez les enfants des opérations de ce genre n'entraîner aucun accident. Dernièrement, ayant enlevé une tumeur fibro-plastique développée dans le sinus maxillaire et les fosses nasales, il fut forcé de procéder à cette opération en incisant la ligne médiane et en détruisant la paroi du sinus maxillaire après l'avoir dénudée des portions molles. Le polype fût enlevé avec facilité, et aucun accident ne vint arrêter la guérison du malade.

M. Gosselin a vu le malade opéré par M. Cusco, et enfin par M. Maisonneuve. Lorsque le malade arriva à Paris, le côté gauche de la face était surtout pris; il fut d'avis, à cette époque, de faire l'opération. Il crut à une tumeur périostale fibro-plastique; et, si ses souvenirs sont exacts, le microscope s'était prononcé dans ce sens. Cependant il y avait déjà du côté droit un point qui dut faire croire que le mal n'était point seulement à gauche.

M. Forget ne croit pas que l'on puisse élever le moindre doute sur l'origine de ces tumeurs fibreuses occupant les cavités de la face. Pour lui, ayant eu récemment occasion d'étudier cette origine sur un malade opéré par M. Huguier d'une tumeur siégeant dans les fosses nasales, il est évident qu'elle a pour point de départ le pé-

rioste et non le tissu osseux lui-même. Plusieurs des membres de la Société se rappellent le malade auquel je fais allusion, dit M. Forget. Ils se rappellent sans doute l'aspect monstrueux de sa face, dont les os avaient été écartés de la ligne médiane, comme si un coin volumineux y avait été enfoncé. L'examen cadavérique permit de bien constater l'intégrité des divers os en contact avec la production morbide qui les avait amincis, refoulés et usés en quelques endroits. C'est ainsi qu'on ne retrouvait plus que quelques lamelles des cornets, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Je n'entrerai pas dans tous les détails de ce fait intéressant, que j'ai décrit et discuté dans une des revues cliniques que je publie dans l'*Union Médicale*. Je me bornerai à dire que, d'accord avec plusieurs autres observations que j'ai puisées dans différents auteurs, il prouve que ces productions fibreuses, ou fibro-plastiques, se bornent rarement aux cavités où on va les attaquer, et que de celles-ci elles se prolongent souvent jusqu'à la base du crâne, et même dans l'intérieur de ce dernier. Ainsi, sur le malade dont je parle, la portion gauche de la lame criblée de l'ethmoïde et les parties contiguës du sphénoïde et du coronal étaient perforées ; la dure-mère, seule en regard de la perforation, qui avait la largeur d'une pièce de deux francs, protégeait la substance cérébrale, et était en rapport direct avec un prolongement arrondi de la tumeur fibreuse. Il existait dans la fosse zygomato-maxillaire droite un appendice fibreux du volume d'un petit œuf adhérant intimement aux os. Cet appendice envoyait un embranchement jusqu'à l'apophyse basilaire et à la face inférieure de la grande aile du sphénoïde; les cavités sphénoïdales étaient remplies par le tissu morbide qui, en les dilatant, avait fini par soulever la selle turcique, dont l'excavation n'existait plus.

Il résultait de cette disposition que le kiasma des nerfs optiques était soulevé et comprimé entre la tumeur et la face inférieure du cerveau. Enfin, il existait encore dans la fosse latérale et moyenne droite du crâne une tumeur arrondie, mamelonnée, grosse comme une petite orange, et correspondant à une perforation de la grande aile du sphénoïde et de la portion écailleuse du temporal; cette tumeur offrait les connexions les plus intimes avec le périoste interne.

En rappelant ces faits d'anatomie pathologique, je me suis pro-

posé, continue M. Forget, d'en déduire une indication pour la médecine opératoire dans le cas où le chirurgien jugerait à propos d'attaquer de semblables tumeurs, connaissant leurs connexions et rapports probables avec les os du crâne; il devra éviter tout tiraillement capable d'agir sur ceux-ci et d'y produire des fractures dont l'issue ne tarderait pas à être funeste : on peut donc généraliser pour cette sorte de tumeurs siégeant dans la cavité de la face la méthode d'excision; comme adjuvant, on pourra aussi recourir à la cautérisation et à la ligature. Mais on doit proscrire d'une manière absolue toute tentative d'arrachement.

M. Lebert dit qu'il examinera la pièce de l'opération de M. Maisonneuve. Si ses souvenirs ne le trompent pas, le maxillaire supérieur enlevé, il y a six mois, par M. Cusco n'était pas cancéreux; il y avait là une affection du périoste, qui était transformé en une altération fibro-plastique avec production osseuse accidentelle abondante ressemblant aux ostéophytes. (Note ajoutée quelques jours plus tard : L'examen ultérieur du maxillaire enlevé par M. Maisonneuve démontre une structure semblable, une affection essentielle de l'os avec production exubérante de tissu osseux accidentel sous forme d'aiguilles et de stalactites, et formation de tissu fibreux et fibro-plastique dans l'intervalle des projections ossiformes anormales.)

La tumeur présentée par M. Guersant était également une transformation charnue et fibro-plastique du périoste d'une portion du maxillaire.

En général, les affections du périoste et surtout les produits accidentels dont cette membrane peut devenir le siége et le point de départ doivent être soumis à de nouvelles études. Trop souvent confondues avec le cancer, ailleurs fréquent dans les os et le périoste, ces tumeurs montrent en réalité des altérations très variées, et dont la détermination exacte et rigoureuse ne manquera pas d'influer d'une manière heureuse sur la pratique et sur l'étendue surtout que l'on pourra donner à un certain nombre d'opérations à faire sur les divers points du système osseux.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 5 *mars* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Correspondance.

La Société reçoit une lettre de M. Musset, interne de M. Ricord, en réponse à la lettre de M. Auzias-Turenne.

Monsieur le président,

Dans une lettre que M. Auzias-Turenne vous a adressée, relativement aux principes professés par M. Ricord, il me semble qu'il oublie un peu de s'appliquer à lui-même les principes de Bacon. Les doctrines soutenues par M. Ricord sont basées sur l'observation, sur l'expérience, sur l'expérimentation, ainsi que nous pouvons tous les jours nous en convaincre dans son service. Que ceux qui ne veulent pas croire viennent y voir!

Non-seulement les accidents primitifs qui se succèdent ne vont pas régulièrement en diminuant d'intensité, comme loi, mais on observe, au contraire, un grand nombre de circonstances dans lesquelles les derniers venus sont les plus intenses. Une preuve répétée, renouvelée des centaines de fois par M. Ricord est celle-ci; à savoir, que les inoculations artificielles ne se guérissent qu'après et longtemps après l'accident primitif, si on les laisse marcher; que dans les inoculations successives faites autrefois par M. Ricord et en grand nombre, les dernières inoculations avaient autant de durée que les premières. Si M. Auzias-Turenne a trouvé autre chose ailleurs que sur des singes, il lui reste à le démontrer par l'expérience, et surtout par l'expérimentation sur l'homme.

D'après son assertion, la syphilisation devrait conduire à l'immunité. Or, nous portons à M. Auzias-Turenne le défi de présenter à la Société de Chirurgie un sujet assez syphilisé pour résister à la piqûre de la lancette de M. Ricord. Jusqu'à ce que M. Auzias ait montré un malade réfractaire à l'inoculation, nous lui dirons : où donc est le phénomène, la loi que vous proposez, dont vous vous êtes constitué un dogme? Nous attendons; car jusqu'ici nous ne voyons qu'une assertion sans preuve.

— M. Chassaignac présente les organes génito-urinaires d'un vieillard mort dans son service de la petite vérole. Sur ce sujet, la prostate présente la disposition suivante : les deux lobes latéraux se sont développés à ce point que la partie antérieure de la prostate présente un volume considérable; on pourrait la confondre avec la partie de cet organe qui est en rapport avec le rectum. Sur les lobes latéraux hypertrophiés, on voit des éminences polypeuses qui gênaient l'émission des urines et l'introduction de la sonde. L'une de ces éminences, sous forme de luette vésicale, siége à l'extrémité antérieure de la portion prostatique; il en est une autre qui siége à l'orifice postérieur de cette portion, de manière que la cavité prostatique forme un large ventricule, qui était susceptible de s'obturer momentanément à ses deux extrémités.

— M. Cullerier présente un enfant dont la jambe droite au moment de la naissance était couverte d'une plaque rouge semblable à un nævus; bientôt la gangrène s'est emparée de cette plaque, et maintenant que l'enfant est âgé de quelques mois cette large plaque, s'étendant depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'au pied, est presque entièrement détruite. Chez cet enfant, on aurait donc un exemple curieux de nævus qu'une gangrène successive aurait détruit. La santé générale de l'enfant n'est pas altérée, bien que la gangrène marche toujours et qu'elle n'ait point encore détruit toute la partie rouge.

M. Guersant trouve le fait rapporté par M. Cullerier intéressant; il a eu aussi occasion de voir des nævus qui se sont ulcérés, non-seulement à l'hôpital, mais encore en ville; seulement ces ulcérations étaient superficielles et modifiaient le nævus. Il croit que ces ulcérations ne se produisent que sous une influence générale; il serait désireux que dans ce cas des cautérisations fussent faites sur la partie ulcérée pour hâter la cicatrisation.

M. Demarquay. Le fait rapporté par M. Cullerier est intéressant, et vient se placer à côté des faits analogues rapportés par M. Gautier. En effet, ce jeune médecin dans sa thèse inaugurale, après avoir exposé le résultat de recherches micrographiques sur les tumeurs érectiles, rapporte le passage des écrits d'Aug. Bérard où ce chirurgien parle de l'ulcération et de la gangrène comme moyen de guérison des tumeurs érectiles. Il cite, en outre, un certain nombre d'observations recueillies par lui, par Pelletan, Wardrop, etc.,

où l'ulcération et la gangrène ont amené la guérison de tumeurs érectiles.

M. Forget fait observer que le fait communiqué par M. Cullerier ne se rapporte pas à une tumeur érectile détachée de la peau par un pédicule plus ou moins long. Des exemples assez nombreux prouvent que de semblables tumeurs ont pu guérir spontanément par gangrène. Il s'agit, sur le malade de notre confrère, d'une vaste tache veineuse, couleur lie de vin, sans élevure à la surface du derme. Cette disposition rend encore la guérison plus remarquable.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 13 *mars* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Correspondance.

M. Chassaignac donne sa démission de la commission chargée d'examiner le travail de M. Monneret. M. Lenoir est nommé membre de cette commission.

La Société a reçu :

1° Le numéro de mars 1851 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas Championnière;

2° Un mémoire de M. Chassaignac sur les anévrismes des membres;

3° Une série de mémoires de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, imprimés et manuscrits, pour obtenir le titre de membre correspondant. Les mémoires imprimés sont :

1. *Essai thérapeutique sur l'iode ou application de la médecine iodée ou iodurée au traitement des maladies ;*

2. *Mémoire sur une observation de grossesse utéro-interstitielle.*

3. *Observations sur les hernies gangréneuses et de leur traitement.*

4. *Quelques considérations sur le zona.*

5. *Quelques mots sur l'emploi du seigle ergoté.*

6. *Mémoire sur les abcès par congestion.*

7. *Des remèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application.*

8. *Considérations pratiques sur la lithotritie.*

Deux mémoires manuscrits ayant pour titre :

1. *Efficacité de la cautérisation de l'oreille dans un cas de névralgie faciale des plus intenses et des plus rebelles.*

2. *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée.* (Commissaires : MM. Huguier, Cullerier et Forget.)

4° M. Soulé, chirurgien chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, adresse deux mémoires :

1. *Quelques considérations sur les principales indications de la bronchotomie.*

2. *Un choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* (M. Demarquay, rapporteur.)

Rapport.

M. Marjolin donne une nouvelle lecture de son rapport sur une observation d'anévrisme artérioso-veineux présentée par M. Monneret. Voici cette observation :

Folias (Jean), âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession d'infirmier, couché en ce moment au n° 9 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Bon-Secours, est entré au service à l'âge de seize ans et demi; à vingt ans, il prend part à notre première expédition d'Afrique, et il y est blessé grièvement par un coup de feu; il entre à l'hôpital d'Alger, et l'on constate, à la partie supérieure et externe de la jambe, une blessure profonde de laquelle on extrait dix-sept à vingt grains de plomb. Le gonflement de tout le membre inférieur et les accidents inflammatoires très graves se manifestent durant quelques jours, et pendant près de cinq mois les mouvements du membre restent difficiles. Il reprend ensuite son service militaire.

En 1833, il fit une chute qui détermina une forte contusion du genou gauche.

Depuis six ans, il s'est formé sur toute la jambe et le tiers inférieur de la cuisse gauche des varices assez considérables, qui sont encore aujourd'hui très développées, malgré l'usage continuel du bas lacé.

Enfin, le 6 janvier 1850, il fait une chute sur un trottoir; il en-

tre à la Pitié pour une fracture du tibia et du péroné gauche à leur partie inférieure; cette double lésion, entièrement guérie dans les salles de M. Laugier, n'a laissé après elle qu'une faible cicatrice qu'on sent à peine aujourd'hui.

Il était entré dans mon service pour s'y reposer, lorsque le 24 août, pour la première fois, il sentit par hasard, en portant la main sur le milieu de la cuisse gauche, un battement dont il me parla quelques jours après. Ce fut alors que je constatai les symptômes suivants, qui n'ont subi depuis deux mois aucune espèce de modification et que représente fort exactement l'état actuel du malade.

Le membre inférieur gauche conserve son volume, sa configuration et sa couleur naturels; lorsqu'il a marché durant plusieurs heures, le bas de la jambe et la partie interne du pied se gonflent un peu et acquièrent une couleur violacée; en même temps, il éprouve de la gêne, quelques fourmillements et un sentiment de froid; on trouve sur la partie externe de la jambe une cicatrice superficielle. Dans le creux poplité et un peu au-dessous, on découvre treize grains de plomb placés sous la peau et qui ne gênent en rien le malade; l'un d'eux, qui s'est fortement écarté des autres, est placé au-dessus de la rotule et en dehors de cet os; il n'existe nulle part de tumeur appréciable. En parcourant avec les doigts le trajet de l'artère crurale à partir du pli de l'aine, on sent que le calibre du vaisseau est un peu plus considérable que celui du côté de l'artère crurale droite; ses battements sont aussi plus énergiques, et, à mesure que l'on approche du milieu de la cuisse et du passage de l'artère dans l'anneau du troisième adducteur, on perçoit un frémissement vibratoire tout à fait isochrune à la diastole artérielle et qui se continue avec force jusque dans le creux poplité et le pli de l'aine. Il va cependant en diminuant du tiers inférieur de la cuisse vers l'arcade crurale; il se transmet dans le voisinage du vaisseau aux masses musculaires qui l'entourent et au système osseux. Quant aux pulsations artérielles, elles ne sont visibles à l'œil qu'à la partie moyenne de la cuisse; on fait cesser le frémissement en pressant sur l'artère au dessous de l'arcade crurale et en mettant obstacle à la libre pénétration du sang dans le vaisseau. L'artère pédieuse et les vaisseaux de la jambe ont conservé leur calibre normal; aucune ondulation dans les veines variqueuses.

L'auscultation fournit des signes d'une grande importance : ce

qui frappe d'abord l'oreille est un son aigu sibilant désigné par tous les auteurs sous le nom de soufflet, et qui n'est autre chose qu'un bruit hydraulique ou de courant sanguin tout à fait intermittent, isochrone à la diastole artérielle, et un frémissement vibratoire déjà indiqué; immédiatement après, on entend un second bruit de courant à timbre plus sourd, plus grave que le premier et isochrone à la systole artérielle; il est facile de se convaincre que le bruit de courant est continu et qu'il est seulement couvert à des intervalles égaux par le bruit sibilant dont j'ai parlé; ces deux bruits diminuent d'abord et cessent ensuite lorsqu'on vient à presser sur la partie supérieure de l'artère crurale. Le bruit continu disparaît avant l'intermittent; on a comparé ce bruit à celui du rouet, de la lime, de la scie. J'ai aussi constaté chez ce malade un phénomène que j'ai rencontré dans quelques circonstances analogues : le bruit aigu s'entend à distance lorsqu'on approche l'oreille du stéthoscope ou même de la cuisse vis-à-vis du point où le murmure a toute son intensité, je me suis également assuré que le bruit intermittent diastolique est encore très fort au niveau de l'artère crurale et que, par contre, le bruit continu est faible, à peine perceptible. A mesure que l'on s'approche du milieu de la cuisse, les deux bruits reprennent toute leur intensité. J'ai exploré avec soin toutes les autres parties du système vasculaire, et j'ai pu me convaincre qu'elles ne s'écartaient en rien de l'état normal, que le cœur et les gros vaisseaux jouissent de toute leur intégrité fonctionnelle, ainsi que tous les autres appareils que j'ai successivement examinés.

Contrairement aux idées généralement adoptées, dit M. Marjolin, M. Monneret pense que dans l'anévrisme artérioso-veineux il y a deux sortes de bruits et deux sortes de frémissements. Les uns sont interrompus et artériels; les autres, au contraire, continus, ne peuvent appartenir qu'aux veines. Cette idée n'est, du reste, que la conséquence d'une théorie qu'il a exposée dans un autre travail sur la circulation. Le mémoire de M. Monneret peut être divisé en trois parties : 1° l'observation pure et simple; 2° la manière dont l'auteur arrive au diagnostic, interprète les phénomènes de la maladie; 3° l'examen des propositions qui résument ces idées.

Nous n'insisterons pas sur l'observation dont nous avons donné une analyse; disons seulement que l'étiologie toute traumatique de

la maladie ne saurait rester douteuse un seul instant. Quant au procédé qui aurait mis M. Monneret sur la voie du diagnostic, il est tout entier dans la théorie qui lui a révélé, dit-il, la nature de la maladie. M. Marjolin fait observer que les symptômes de l'affection étaient assez évidents et assez précis pour ne pas laisser un instant de doute; mais M. Monneret tenait à démontrer l'utilité de la théorie, et il annonce, dit M. Marjolin, qu'il va fournir les preuves sur lesquelles il s'appuie pour admettre que l'artère et la veine communiquent ensemble; M. Monneret est parti d'expériences que personne ne nie pour établir une théorie des plus contestables; il n'y a aucune parité entre ses expériences et ce qui se passe dans la maladie qui nous occupe. Personne, en effet, ne nie la possibilité d'obtenir deux bruits différents, lorsqu'on fait circuler dans deux tubes de l'eau d'une manière différente. Tout le monde admet encore que si ces deux tubes sont rapprochés on a une résultante composée de deux sortes de bruits. Mais ce qu'on est en droit de contester, c'est que les faits se passent de même dans l'anévrisme artérioso-veineux, et avant tout il faudrait prouver qu'il ne peut y avoir que des bruits interrompus dans les artères et des bruits continus dans les veines, et rien n'est plus contesté. Nous opposerons de suite l'exemple de la varice artérielle.

Les preuves que cite M. Monneret à propos du frémissement ne seront pas plus concluantes. On sait que si on accolle deux tubes dans lesquels il y a un frémissement distinct, ces deux frémissements peuvent s'ajouter; mais cela ne prouve pas qu'il y ait communication entre ces deux tubes.

Si, comme le dit M. Monneret, il y a un bruit continu propre à la veine, on doit dans la varice anévrismale le trouver au moins encore pendant un certain temps lorsque le cours du sang artériel est suspendu; car non-seulement la structure intime de la veine est changée, mais il y a encore une circulation plus active. Cependant il n'en est rien; dès l'instant que l'on comprime l'artère, le bruit et le frémissement cessent brusquement. Si au contraire on permet au sang artériel de circuler, tous les phénomènes se reproduisent graduellement, jusqu'à ce que, l'artère libre de toute étreinte, le souffle et la vibration reparaissent avec toute leur énergie. Si ce sont là les expériences qui doivent fonder la théorie de l'auteur, nous les regardons comme non concluantes; mais il est une dernière décision,

dit l'auteur : « J'ai souvent établi une communication anormale entre les deux tubes élastiques; celui qui représente la veine était traversé par un courant d'eau continu, tandis que j'envoyais un courant d'eau saccadé, intermittent, dans le tube artériel. J'ai trouvé constamment un bruit de courant continu, renforcé par un bruit soufflant plus intense et saccadé, soit que j'auscultasse l'artère, soit que l'exploration portât sur la veine; il suffit que les courants communiquent l'un avec l'autre ou que les parois vasculaires se touchent, pour que les sons hydrauliques soient transmis à une très grande distance. Aussi le bruit continu se mêle-t-il aisément au bruit intermittent, ou plutôt on n'entend plus qu'un seul bruit continu interrompu par un son plus aigu et saccadé. »

Puisque M. Monneret voulait imiter ce qui se passe dans la nature, ou au moins s'en rapprocher, il fallait répéter l'expérience de Scarpa.

Comment! de l'aveu de l'auteur, dans les veines il n'y a ni bruit, ni frémissement, et il commence par douer son courant veineux d'une propriété qu'il n'avait pas évidemment.

M. Marjolin pense qu'il n'y a aucune parité à établir entre les expériences et ce qui se passe dans la veine anévrismale. Rien ne prouve qu'il y ait deux bruits et deux frémissements quand il y a communication entre l'artère et la veine; nous croyons qu'il n'y a qu'un bruit et un frémissement, dont le maximum d'intensité coïncide avec la construction ventriculaire. Ce bruit, ce frémissement sont uniquement dus au passage continu du sang artériel à travers l'orifice de communication, et c'est au niveau de ce point qu'ils sont le plus sensibles.

Tous ces signes avaient été parfaitement décrits, et il ne restait plus qu'à donner l'histoire de toutes les variétés possibles de l'affection. C'est ce qu'ont fait MM. Vidal et Nélaton en rassemblant tous les faits connus.

Comment se fait-il donc que M. Monneret adresse un reproche presque général de confusion à tous les auteurs, qui, dit-il, confondent à chaque instant le frémissement et le bruit? Cela tient à ce que notre honorable confrère a commis la méprise suivante : bruissement et frémissement pouvant s'employer indistinctement pour désigner une sensation du bruit ou du toucher, ces deux mots

sont surtout employés l'un pour l'autre ; mais il n'y a pas pour cela confusion.

M. Marjolin, passant à l'examen des propositions qui résument le travail de M. Monneret, les accompagne de commentaires.

1° *Proposition.* — Lorsqu'un liquide circule avec bruit dans un canal, si le bruit est continu, on peut affirmer que le liquide s'écoule d'une manière continue.

A cette proposition incontestable il faut ajouter, dit M. Marjolin, que l'intensité du bruit varie comme la rapidité du courant ; et si le courant n'est pas assez intense, il pourra ne se produire aucun bruit.

2° Si le bruit est intermittent, on peut également affirmer que le liquide circule par saccades.

3° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière continuc dans les veines, parce que le courant sanguin n'est point assez rapide.

Sans doute, ajoute M. Marjolin, le cours du sang est continu dans les veines, et il ne se produit aucun bruit. Mais cette absence du bruit tient-clle bien à la lenteur du courant ? Rien ne le prouve.

4° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière rémittente, saccadée dans les artères ; mais le seul bruit perceptible est celui qui est provoqué par le choc du sang contre l'artère au moment de la diastole ; le mouvement continu est silencieux.

5° Mais si, par une cause quelconque, la paroi de la veine devient malade, ou si le sang y circule avec plus de vitesse, alors un bruit continu du courant y prend naissance. Donc si chez un malade on perçoit sur le trajet d'un vaisseau un bruit continu, on peut affirmer qu'il repasse dans les veines.

M. Marjolin combat cette proposition. La conclusion n'est pas juste. En effet, quand bien même M. Monneret prouverait que dans certaines maladies des veines, lorsque le cours du sang y est accéléré, on entend un bruit continu, je répondrais que ce n'est pas une raison pour conclure qu'il n'y a de bruit continu que dans les veines artérielles, et qu'enfin on ne peut en aucune façon comparer ce qui se passe dans une veine maladc avec ce que l'on rencontre dans une veine en communication avec une artère.

6° D'une autre part, le passage du sang dans l'artère voisine de

la veine donne naissance à un bruit de courant intermittent. On a donc dans le même anévrisme : 1° un bruit soufflant veineux, renforcé par un bruit intermittent artériel ; 2° un bruit soufflant d'un autre timbre intermittent artériel.

M. Marjolin objecte que, en donnant pour exemple la dilatation variqueuse artérielle, il a dû renoncer à conclure que les artères pouvaient seules présenter des bruits intermittents, et il est conduit, au contraire, à admettre la présence possible de bruits intermittents comme de bruits continus. Quant à la réalité de deux bruits de nature et de siége différents, elle nous paraît inadmissible. Il n'y a qu'un seul bruit continu dont l'intensité coïncide avec les contractions ventriculaires, et c'est ce bruit qui a reçu le nom classique *susurrus*.

7° En même temps se manifeste un phénomène tactile que l'on appelle frémissement vibratoire ; celui-ci se décompose comme le bruit, en deux : 1° un frémissement continu ayant son siége dans la veine ; 2° un frémissement plus fort, saccadé, se passant dans l'artère. Le frémissement vibratoire, objecte M. Marjolin, qui se trouve dans les deux vaisseaux, mais surtout dans la veine, ne peut pas plus se décomposer que ce bruit. Il est produit uniquement par le passage du sang artériel à travers l'orifice de communication ; il a son maximum d'intensité au lieu même de la lésion, et il décroît à mesure que l'on s'en éloigne. Il n'admet pas qu'il y ait un frémissement saccadé propre à l'artère, et un frémissement faible propre à la veine.

8° Le seul fait de l'existence : 1° d'un double bruit A continu + A intermittent ; 2° d'un double frémissement A continu + B intermittent ou artériel, me fait conclure à l'instant même à l'existence d'un anévrisme variqueux.

M. Le rapporteur nie absolument la valeur de ce fait comme moyen diagnostic.

9° Les causes hydrauliques du bruit et du frémissement continu sont : 1° la circulation plus rapide du sang veineux par l'impulsion que lui communique le passage du sang artériel de l'artère dans la veine ; 2° l'agrandissement et l'artérialisation de la paroi veineuse.

Pour le rapporteur, la cause productrice du bruit et du frémissement est tout entière dans le passage continu du sang artériel à travers l'orifice de communication ; si elle résidait dans la suracti-

vité de la circulation, on n'entendrait le bruit qu'au-dessus de l'orifice de communication. Il est cependant possible que la veine, une fois agrandie et artérialisée, devienne le siége de bruits spéciaux. Mais ces bruits ne pourraient se produire de même qu'au-dessus de la communication; car au-dessous, le cours du sang est retardé; ce n'est, du reste, qu'une hypothèse.

10° La cause du bruit et du frémissement intermittents est le passage du sang pendant la diastole à travers et sur l'orifice artériel rétréci et malade.

Pour le rapporteur, n'acceptant pas la distinction et la division des bruits et du frottement proposés par M. Monneret, il est obligé de revenir à l'opinion généralement reçue, qu'il n'existe qu'une sorte de bruit et de frémissement continu, dont le renforcement coïncide avec la contraction ventriculaire. Ce bruit et ce frémissement sont dus à la communication accidentelle de la veine et de l'artère.

En terminant, M. Marjolin dit: Lorsqu'une doctrine ou une théorie nouvelle se produisent dans la science, quel qu'en soit l'auteur, elles éveillent toujours l'attention publique; mais lorsque cette doctrine ou cette théorie se trouvent présentées par un homme déjà haut placé par ses travaux scientifiques, l'intérêt augmente, et chacun est avide d'étudier attentivement les nouvelles idées; c'est ce qui est arrivé quand M. Monneret nous a fait l'honneur de nous communiquer son travail. Nous n'avions pas cru d'abord être chargé de la tâche difficile de vous faire ce rapport; mais du moment que nous en avons accepté la responsabilité, nous nous sommes efforcé de rendre notre travail complet, en nous attachant à discuter avec la plus grande convenance les doctrines de notre honorable confrère. Nous n'avons pas à faire une critique, mais bien une appréciation sérieuse d'idées tout à fait nouvelles, les opinions que nous ne pouvions partager, nous les avons combattues, sinon avec tout le talent que demandait un pareil rapport, au moins en nous efforçant de ne pas nous écarter des formes que vous deviez attendre d'un membre de votre Société. Nous pensons que, si vous ne partagez pas toutes les objections faites à l'auteur du travail, vous adopterez du moins toutes les conclusions de la commission.

Ces conclusions sont :

1° Adresser des remercîments à M. Monneret pour son intéressante communication ;

2° Envoyer son travail au comité de publication pour l'insérer dans les Mémoires de la Société.

Après le rapport de M. Marjolin, M. Chassaignac, revenant sur les phénomènes caractéristiques de l'anévrisme artérioso-veineux, s'exprime ainsi : Les descriptions symptomatologiques de l'anévrisme vagineux ont toutes fait mention du frémissement qui existe dans les veines voisines de la communication artérioso-veineuse ; mais jusqu'à quelle distance de ce point le bruit peut-il être entendu, est-ce à 3, 4, 8 ou 15 pouces du point inter-communiquant ? voilà un détail sur lequel gardent le silence des descripteurs même très modernes, et puisque l'on a cité M. Nélaton, je prends son livre et je vois, page 471, le paragraphe suivant :

La tumeur présente des pulsations isochrones à celles du pouls. Ces pulsations sont très distinctes dans la tumeur, elles sont également perçues dans les veines dilatées autour d'elles et vont en s'affaiblissant à mesure que l'on s'éloigne du point central ; elles sont accompagnées d'une sorte de frémissement facile à percevoir par le toucher. Mais encore une fois jusqu'à quelle distance du point central se propagent les pulsations et les frémissements ? rien, absolument rien ne l'indique. Eh bien ! je crois avoir insisté le premier sur la grande étendue de propagation et sur le détail précis des distances. Cela sans doute ne constitue pas un signe nouveau de la maladie qui se diagnostique parfaitement bien, abstraction faite de l'étendue longitudinale des pulsations et du frémissement. Dès lors, si la constatation des distances précises n'est qu'un objet de curiosité, pourquoi y attacher tant d'importance et revendiquer ce détail ? Pourquoi ? parce que suivant moi cette circonstance joue un très grand rôle dans l'appréciation des théories des bruits artérioso-veineux. Or, c'est précisément une théorie qui est en cause. Ainsi, dans la théorie généralement admise par les chirurgiens, et qui consiste à considérer la cause des bruits comme due au passage du sang de l'artère dans les veines, à travers une ouverture étroite, le fait de la grande distance de propagation vient détruire de fond en comble cette théorie, et voici comment. J'appellerai bruit orificiel celui qui se produit au point de communication tant que l'o-

reille ne s'éloigne pas considérablement du point de communication artérioso-veineuse ; rien ne choque le bon sens ni les lois de la transmission à travers les corps solides ou liquides d'un son produit dans un point donné. Mais du moment que la distance devient considérable, des lois de transmission nous disent que ce n'est pas un bruit produit à l'orifice de communication qui peut se transmettre à de semblables distances. La théorie est donc en défaut, et il faut de deux choses l'une, ou se borner à constater les faits sans avancer aucune théorie; ou, si l'on veut absolument en formuler une, il ne faut pas qu'elle soit en contradiction avec les faits; mais qu'au contraire elle en soit la fidèle expression.

Eh bien ! nous croyons traduire plus exactement les faits en admettant que dans les bruits complexes appelés artérioso-veineux il y a deux éléments que nous désignons ainsi : 1° un bruit mécanique ; 2° un bruit chimique. Pourquoi ces deux expressions? Parce que toujours le bruit est phénomène mécanique. Il y a nécessité de s'expliquer. La distinction que nous cherchons à établir repose sur le mécanisme de la production de ces bruits.

L'un nous parut dû à un frottement ou à un frôlement de l'orifice membraneux étroit, l'autre nous parut dépendre d'une combinaison chimique et moléculaire. Tout cela est contestable assurément, mais qu'on nous laisse suivre un instant cette donnée, pour voir comment elle s'adapte aux faits. Quels sont ces faits?

Dans l'anévrisme artérioso-veineux on entend : 1° un bruit saccadé isochrone au pouls ; 2° un bruit continu de frémissement; 3° le bruit continu a des redoublements qui correspondent aux saccades artérielles.

Si le bruit s'entend à une grande distance de l'orifice inter-communiquant, voyons maintenant comment la théorie explique ces faits : 1° Le bruit saccadé est dû au passage du sang de l'artère dans la veine au moment de chaque pulsation ; ceci se prouve : 1° par la certitude que l'on a qu'au moment de la pulsation l'artère fait porter avec plus de rapidité et en plus grande quantité le sang dans la veine; 2° par cette autre certitude que quand un liquide passe à travers un orifice plus étroit que le calibre du tube dans lequel il circule, il y a production d'un bruit; comme on le voit, c'est une cause toute mécanique qui produit le bruit saccadé. 3° Le second fait le bruit continu de frémissement ; ce bruit, nous l'appellerons

chimique, parce que nous le croyons dû au mélange du sang artériel avec le sang veineux. Pourquoi ce bruit est-il continu ? Parce que le mélange des deux sangs est continu. Pourquoi ce bruit se fait-il entendre dans les veines ? Parce que le sang artériel arrive incessamment en plus grande quantité de l'artère aux veines que des veines à l'artère. Pourquoi ce bruit continu est-il plus fort auprès de l'orifice de communication ? Parce que c'est le lieu où le mélange se fait dans des proportions plus considérables. Pourquoi ce bruit, tout continu qu'il est, a-t-il des redoublements coïncidant avec les saccades artérielles ? Parce qu'à ce moment le sang y arrive avec plus d'abondance et que le mélange subit un accroissement. Pourquoi le bruit continu s'entend-il à une plus grande distance que le bruit saccadé ? Parce que le bruit saccadé a une cause topique et parfaitement localisée dans un point, tandis que le bruit dû au mélange des deux sangs se produit partout où s'opère et se continue le mélange.

M. Maisonneuve combat la théorie de M. Chassaignac : Si, dit notre collègue, le bruit continu est dû au mélange des deux sangs, ce mélange ayant surtout lieu dans la portion de la veine qui se trouve au-dessus de l'orifice de communication de l'artère et de la veine, c'est là seulement que l'on devrait entendre le bruit continu ; or, il s'entend à la partie inférieure et supérieure du membre, siége de l'anévrisme.

M. Marjolin rejette la théorie proposée par M. Chassaignac ; il ne voit pas en quoi la combinaison des deux sangs, artériel et veineux, pourrait produire le bruit continu. Les données physiques appliquées à l'anévrisme artérioso-veineux et les conditions anatomiques de cette maladie expliquent les symptômes qui s'observent. Pour ce qui est de l'étude du bruit saccadé, il fait observer que plusieurs auteurs ont insisté aussi sur la distance à laquelle il peut être perçu. Il cite Hogdson et M. Duval, qui a fait, sous l'inspiration de Chopart, une thèse sur cet anévrisme. Il fait observ r, en terminant, que plusieurs causes peuvent faire varier la distance où on entend ce bruit.

— M. Loir présente une femme âgée de quarante-cinq ans, atteinte d'une double affection carcinomateuse des deux os maxillaires supérieurs.

L'une de ces affections, bien circonscrite, bornée au rebord

alvéolaire, ne se prolongeant pas à la voûte palatine, se trouve à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur du maxillaire supérieur du côté gauche.

L'autre occupe la tubérosité de l'os maxillaire du côté droit, intéresse toute l'épaisseur du rebord alvéolaire, et s'étend un peu à la voûte palatine.

M. Loir vient demander à la Société de Chirurgie quel est le traitement le plus rationnel à suivre. La double résection des parties malades, qui sont bien distinctes, peut-elle être faite avec sécurité et chances de succès dans une seule opération, ou bien est-il préférable de pratiquer d'abord une seule résection et d'attendre ensuite pour l'autre opération ?

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 18 *mars* 1851.

Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès verbal.

Correspondance.

M. LARREY fait hommage de son rapport sur l'observation présentée à l'Académie de Médecine par M. Hutin, ayant pour titre : *Ablation complète du menton par un coup de canon.*

Tumeur située dans l'épaisseur du voile du palais. Extirpation.

M. MARJOLIN présente une tumeur qu'il a extirpée dans les conditions suivantes:

Une femme entrée dans un service de médecine pour y être traitée d'une angine et d'une bronchite chronique portait dans la voûte palatine une tumeur grosse comme une noix muscade. M. Béhier, après avoir guéri cette femme des affections pour lesquelles elle était entrée dans son service, l'adressa à M. Marjolin; celui-ci, craignant d'avoir affaire à une affection syphilitique ancienne, sous l'influence de laquelle se serait développée la tumeur du voile du palais, soumit la malade à l'iodure de potassium. Ce médicament n'amenant aucune modification dans le volume de la tumeur, notre confrère se décida à en pratiquer l'ablation. Il

agit de la manière suivante : il fit une incision de bas en hant, comprenant l'épaisseur de la muqueuse; un doigt, porté derrière le voile du palais et ramené en avant, fit saillir la tumeur et en favorisa l'énucléation. Il faut ajouter que cette dernière n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. La partie fibreuse du voile du palais n'a point été intéressée.

La tumeur est dure, inégale, et présente tout à fait l'aspect d'une tumeur cancéreuse. Un examen microscopique nous dira si elle présentait la cellule caractéristique. La malade est dans un état de santé parfaite.

Résection d'une grande partie de l'extrémité inférieure de l'humérus. Guérison.

M. Chassaignac présente l'homme sur lequel, il y a neuf mois, il pratiqua la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. Cet homme, en ramassant des balles mortes au tir de Vincennes, avait reçu un coup de feu qui avait fracturé l'extrémité inférieure d'un des humérus. Le désordre qui avait été occasionné par ce coup de feu, le nombre des esquilles qu'il avait produites, firent hésiter nn instant M. Chassaignac entre une amputation et une résection. Il s'arrêta à la résection, bien qu'elle dût enlever une grande partie de l'os. La section de l'os fut faite avec une scie à chaîne au point où le nerf radial contourne l'humérus, et toute l'étendue de cet os, depuis ce point jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, fut enlevée. Après l'opération, le membre malade fut mis dans l'extension; mais dès que la matière osseuse a commencé à se produire, pour prévenir la gêne que cause l'ankylose dans une position rectiligne, M Chassaignac endormit son malade et produisit une fracture dans la continuité de l'os, et put alors mettre le membre dans une position fléchie, afin que, si on ne pouvait obtenir une fausse articulation permettant au malade d'accomplir certains mouvements, du moins on eût une attitude telle du membre, qu'il ne fût point à peu près inutile au malade. Ce dernier a très bien guéri; il peut se servir de sa main; cependant, il est certains mouvements, tels que ceux de pronation et de supination, qu'il ne peut point parfaitement accomplir; cela pourrait tenir à la lésion du nerf radial pendant l'opération, bien que toutes les précautions aient été prises pour l'éviter.

M. Larrey. Le fait intéressant présenté par M. Chassaignac me rappelle un cas analogue que j'ai observé il y a une quinzaine d'années chez un vieux soldat des Invalides. Il s'agissait d'une fracture ancienne et non consolidée de l'humérus par un coup de feu, non pas vers son extrémité inférieure, mais près de l'articulation scapulo-humérale, qui était ankylosée. Les mouvements du bras, complétement abolis dans l'épaule, s'exécutaient dans la pseudarthrose, d'une manière imparfaite sans doute, mais assez librement encore pour suppléer en partie aux mouvements naturels. On s'était abstenu avec raison de toute tentative de traitement pour obtenir la consolidation de la fracture.

Il y aurait peut-être, d'après ce fait, à examiner un point nouveau de la double question des pseudarthroses et des ankyloses ; à savoir : si, dans le cas de fracture non consolidée près d'une articulation ankylosée, il ne faudrait pas quelquefois établir ou conserver la fausse articulation. Mais c'est seulement pour le membre supérieur que l'on pourrait soutenir cette proposition.

M. Forget demande à M. Chassaignac s'il a fixé son attention sur une petite tumeur arrondie, plate, sous-cutanée, que son malade porte dans le pli du bras. Cette tumeur, qui a une dureté osseuse et une étendue de plus de 1 centimètre en travers, serait survenue, nous a dit le malade, à la suite des manœuvres opérées pour faire passer son avant-bras de l'état d'extension à celui de flexion. M. Chassaignac peut-il expliquer la formation de cette petite tumeur qui pourrait fort bien être une esquille assez volumineuse, qui par migration serait ainsi venue se placer sous les téguments ?

M. Denonvilliers a reconnu également la tumeur placée sous la peau ; elle est mobile, adhérente à celle-ci, et ressemble assez bien à une moitié de balle. A propos de ce malade, M. Denonvilliers donne l'histoire d'un autre qui a séjourné quelque temps dans son service. Cet homme avait fait une chute sur le coude, qui n'avait amené aucun désordre grave. Pendant qu'il était à l'hôpital il se forma une tumeur grosse comme une noix au-dessus du pli du coude, et assez profondément placée ; elle paraissait avoir son siége dans le brachial antérieur, l'artère humérale, double à sa partie inférieure, passait de chaque côté de la tumeur, et lui imprimait des mouvements anomaux, et pouvait de la sorte induire le chirurgien en erreur. Cette tumeur est allée en diminuant ; et quand

le malade quitta l'hôpital, la tumeur était notablement réduite, et les mouvements, qui étaient singulièrement gênés au début de la maladie, étaient revenus à peu près à l'état normal. Quant à l'origine de cette affection, il est probable, ajoute M. Denonvilliers, que du sang épanché dans l'épaisseur du brachial antérieur et dans les parties environnantes s'est modifié de certaine façon, de manière à produire la tumeur fibro-cartilagineuse sur laquelle M. Denonvilliers a appelé l'attention.

Fistules vésico-vaginales guéries.

M. Maisonneuve revient sur les malades affectées de fistules vésico-vaginales et qu'il a opérées récemment. On sait qu'une commission fut chargée d'examiner deux femmes affectées de fistules vésico-vaginales et opérées par M. Maisonneuve : l'une des deux femmes avait été regardée comme complétement guérie; tandis que l'autre, sur laquelle d'ailleurs une perte de substance considérable avait obligé le chirurgien à une dissection de l'urètre, conservait encore un petit pertuis. Ce pertuis a été comblé, et M. Cullerier, qui a vu la malade avec M. Maisonneuve, a constaté qu'une injection pratiquée dans la cavité vésicale, le doigt étant placé sur l'orifice du méat urinaire, ne laisse couler aucune goutte de liquide, ce qui a lieu quelquefois quand la malade est debout et qu'elle fait un effort. Une troisième malade présentait une perte de substance telle, que, pour arriver à pratiquer la dissection nécessaire à l'affrontement des bords de la plaie, M. Maisonneuve a été obligé d'inciser le périnée pour se donner du jour. Cette malade n'est point encore complétement guérie; il reste encore quelque chose à combler. Dans ce cas comme dans le cas précédent, il a été obligé de disséquer l'urètre pour le reporter en arrière. Toutefois, M. Maisonneuve espère bien arriver à une guérison définitive chez cette femme, comme chez les deux autres.

M. Lenoir fait observer que, l'urètre ayant été disséqué et reporté en arrière, la direction de ce conduit est changée et que c'est là la cause pour laquelle cette femme laisse échapper quelques gouttes d'urine quand elle est debout et qu'elle fait des efforts.

M. Maisonneuve a constaté que l'urètre est reporté en arrière et que sa direction est plus verticale que cela n'existe habituellement. La malade, couchée sur le dos, garde bien ses urines; quand on

l'examine et qu'on écarte les jambes, il s'exhale une odeur vulvaire et nullement urineuse.

Du pronostic dans la tuberculisation d'un seul testicule.

M. Vidal (de Cassis) fait à la Société la communication suivante :

Il y a quelques mois, dit-il, en vous présentant une prostate tuberculeuse, je fus conduit à vous parler de la tuberculisation des organes génitaux de l'homme, de celle du testicule en particulier. Je vous fis remarquer le nombre considérable de sujets portant des tubercules dans les testicules et qui ne paraissaient nullement souffrir ni des poumons ni des autres viscères. Je dis que la tuberculisation testiculaire la plus grave me paraissait être celle qui n'envahissait qu'un côté. Je vous citais deux faits de ma pratique, il vient de s'en présenter un troisième à l'hôpital du Midi. C'est un malade de la salle n° 11, qui a eu une blennorrhagie, puis un engorgement du testicule gauche; cet engorgement a revêtu une forme chronique; un foyer s'est formé sur un point de l'épididyme; il s'est ouvert, et il en est sorti une humeur comme du pus mal lié; plus tard, il y a eu une pareille évacuation; enfin, le cordon spermatique du même côté s'est engorgé, et aujourd'hui, sur un point du canal déférent, existe une tumeur grosse comme une noisette, dure et un peu douloureuse à la pression : c'est là évidemment une masse tuberculeuse identique aux masses qui ont envahi le testicule, l'autre testicule, l'autre canal déférent étant complétement sains. Je déclarai à mes élèves qu'il s'agissait d'un cas grave, d'un cas qui pouvait être rapporté à la catégorie des tumeurs malignes des testicules, lesquelles ne sont observées que d'un côté des bourses. Je portai ce pronostic sans examen préalable des viscères de l'abdomen et de la poitrine.

Un mois après son entrée à l'hôpital, on put constater un boursouflement, un empâtement du ventre, comme cela se remarque dans le carreau. Peu à peu les symptômes d'une ascite ont apparu, et aujourd'hui tout prouve qu'il y a dans l'abdomen des lésions organiques qui feront périr le malade. Je cite ce nouveau fait non pas pour vous prouver qu'il n'y a de tuberculisation grave que celle qui ne porte que sur un côté des bourses, mais pour fixer votre at-

tention sur la question de savoir s'il n'y aurait pas deux espèces de tubercules des testicules.

En terminant, M. Vidal insiste sur l'inopportunité des opérations lorsqu'il s'agit de tubercules développés dans le testicule; ou c'est une manifestation locale, et elle guérira, ou c'est le résultat d'une diatbèse, et l'opération ne fera´que bâter la marche des accidents.

M. Larrey. Il me paraît difficile d'admettre en principe la première proposition énoncée par M. Vidal, à savoir : que la tuberculisation du testicule d'un seul côté soit plus grave que celle des deux côtés. De nouveaux faits seraient nécessaires pour confirmer cette opinion assez exceptionnelle aux règles de la pathologie des organes pairs. Cependant, j'ai eu occasion de remarquer aussi que la tuberculisation simultanée ou successive des deux testicules semble offrir de la tendance, sinon à une guérison définitive, du moins à une amélioration notable. Il y aurait donc en effet des recherches à faire sur ce sujet.

Quant à la seconde proposition soutenue par M. Vidal, elle est généralement admise, c'est-à-dire que l'on doit s'abstenir de pratiquer la castration dans les cas de testicule tuberculeux.

Qu'il me soit permis à cet égard de rappeler un souvenir déjà éloigné : j'avais présenté en 1831 à la Société anatomique différents cas de sarcocèles opérés par mon père au Gros-Caillou. L'un d'eux offrait les caractères de la dégénérescence tuberculeuse. Delpech, qui en eut connaissance, me fit l'honneur de m'écrire pour m'indiquer les inconvénients de l'opération dans les cas du même genre, et j'ai constaté plus d'une fois depuis que le savant professeur de Montpellier avait raison.

M. Vidal répond qu'il n'a pas voulu établir une loi générale; seulement il a voulu fixer l'attention de la Société sur certains faits, peu nombreux il est vrai, où la tuberculisation d'un seul testicule a entraîné des conséquences graves.

Ligature de la carotide primitive.

M. Lenoir revient sur la maladie de la jeune fille à laquelle il a pratiqué la ligature de la carotide primitive. La tumeur érectile de la région temporale et orbitaire n'a point encore subi de modification importante; le fil est tombé aujourd'hui, quinze jours après

l'opération, entraînant avec lui une faible portion du tissu artériel. Prochainement M. Lenoir présentera l'histoire complète de la malade, et des considérations spéciales sur la tumeur dont elle est affectée.

— M. Chassaignac cite un nouveau cas de fistule génienne traitée par l'isolement de la joue, de la paroi externe du maxillaire. Un malade se présente à M. Chassaignac portant sur l'une des joues une fistule tenant à une carie dentaire. Pour tarir cette fistule, M. Chassaignac détache la joue du maxillaire supérieur, en incisant profondément le sillon muqueux qui réunit cette dernière à la mâchoire supérieure; cela fait, il fait passer un fil dans le trajet fistuleux, et il entraîne avec ce fil un peu de charpie suffisant pour tenir écartée la joue du point malade et permettre à la fistule ancienne de se fermer. Cette opération fut suivie d'un plein succès; la maladie extérieure fut promptement guérie.

M. Marjolin combat le procédé préconisé par M. Chassaignac; en effet, notre collègue ne s'applique qu'au symptôme et laisse subsister la maladie, qui est ou une maladie dentaire, ou une petite carie, ou une nécrose du maxillaire. On sait depuis longtemps que ces fistules guérissent très bien en faisant disparaître la cause. M. Duval, grand-père de M. Marjolin, a insisté sur le meilleur mode de traitement de ces maladies. Ce procédé ne devrait être employé qu'autant que le traitement vraiment essentiel a échoué.

M. Chassaignac convient qu'il n'institue qu'un traitement palliatif qui convertit une fistule externe en fistule interne; mais ce symptôme est souvent dégoûtant, il rend les malades malheureux, et on ne peut obtenir toujours facilement la mobilisation du point osseux qui occasionne la maladie : il supprime de la sorte une affection dégoûtante, et le malade attend patiemment.

M. Forget fait observer que le procédé opératoire préconisé par M. Chassaignac n'est point nouveau, il l'a vu employer par M. Laborie dans le but de guérir une fistule génienne; cette opération, à laquelle M. Forget assistait M. Laborie comme aide, a parfaitement guéri, et le procédé opératoire décrit par M. Chassaignac a été employé.

— M. Chassaignac met sous les yeux de la Société un testicule cancéreux énorme, sur lequel on constate que la tunique vaginale est intacte. A propos de ce fait, M. Chassaignac discute la question

de l'opportunité d'un traitement spécifique quand ces affections ne sont qu'au début. Il a pu observer que la tumeur cancéreuse qu'il présente à la Société a pris un grand accroissement du jour où le malade a été soumis à un traitement antisyphilitique.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 26 *mars* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Hydrorachis. Injection iodée. Guérison.

M. Chassaignac présente à la Société un enfant âgé de cinq mois, portant à la partie inférieure de la colonne vertébrale les traces d'un hydrorachis guéri par les injections iodées. Cet enfant fut porté à l'hôpital au mois de janvier dernier. Déjà il avait été soumis à l'examen de M. Dubois, qui devait tenter quelque chose pour sa guérison, mais qui avait été arrêté par la difficulté de donner à ce dernier une nourrice convenable. Quand M. Chassaignac vit l'enfant, il était chétif. La tumeur qu'il portait à la partie inférieure de la colonne vertébrale avait le volume d'un œuf à grand diamètre vertical; la peau était amincie, transparente. On sentait une fluctuation évidente; la pression ne diminuait pas le volume de la tumeur; les cris de l'enfant lui donnaient au contraire une certaine tension. Craignant une rupture prochaine, M. Chassaignac se décida à faire une injection iodée le 14 janvier dernier. Deux cuillerées de liquide citrin furent évacuées de la poche formée par l'hydrorachis, et une injection à partie égale de teinture d'iode et d'eau fut faite dans la tumeur, le pouce d'un aide étant préalablement placé sur le pédicule de la tumeur afin de prévenir toute pénétration de l'injection dans le rachis. Après cette opération, des bandelettes de diachylum furent appliquées sur le siége du mal. Pendant environ six semaines la tumeur resta à peu près avec son volume primitif. L'injection paraissait avoir échoué, quand elle se mit enfin à revenir sur elle-même et à disparaître. Actuellement l'enfant ne porte plus que des traces de sa tumeur, et le rachis offre encore un écartement correspondant au pédicule de celle-ci. Depuis l'opéra-

tion la santé de l'enfant est bonne. Les mouvements des membres inférieurs sont normaux.

M. Debout. Le fait de M. Chassaignac n'est pas unique dans la science, et tout récemment il a vu M. Velpeau pratiquer une injection iodée dans des circonstances analogues à celles où s'est trouvé notre confrère. Ce professeur, se fondant sur les nombreuses expérimentations et l'absence de toute inflammation du péritoine lorsqu'il pratiqua des injections iodées dans des sacs herniaires ou des hydrocèles congénitaux, crut devoir agir de la même façon sur un enfant de cinq mois affecté d'hydrorachis. Deux injections furent, à trois semaines d'intervalle, poussées dans le sac, sans amener le moindre accident.

M. Lenoir. Le traitement mis en usage par M. Chassaignac ne peut être qu'exceptionnel. En effet, en dehors des conditions où se trouvait l'enfant traité par notre collègue, l'opération eût été irrationnelle. Ici la tumeur a un pédicule fort étroit; peut-être même ce dernier était il oblitéré. Supposez au contraire le pédicule perméable, et alors vous vous trouverez dans les conditions analogues à celles du chirurgien qui opère une hydrocèle congénitale. Qu'on ne dise pas que les injections iodées pratiquées dans des sacs herniaires sont inoffensives; ne sait-on pas qu'Auguste Bérard, en pratiquant une injection iodée dans ces circonstances, vit son malade succomber à une péritonite?

M. Guersant attache une grande importance au fait rapporté par M. Chassaignac; lui-même a fait un certain nombre d'opérations de ce genre, mais toujours sans succès. Il désirerait que M. Chassaignac fît revenir l'enfant à la Société de Chirurgie. Ici le fait n'est pas douteux, la tumeur a disparu, mais il reste une division anomale du rachis. Il faut voir ce que cette anomalie va devenir si la tumeur ne se reproduit pas.

M. Danyau a vu un certain nombre d'hydrorachis. Dans tous ces cas, la peau était mince, transparente, comme épidermique au centre, et présentait tous ces caractères à la circonférence. La pression exercée sur celle-ci amène quelquefois des convulsions. D'après la description même donnée par M. Chassaignac, M. Danyau se demande si notre confrère n'aurait point eu affaire à un kyste plutôt qu'au *spina-bifida*..

M. Chassaignac répond à M. Lenoir qu'avant la tentative qu'il vient

de faire il partageait toutes ses appréhensions. Il n'a été porté à agir que par la crainte de la mort prochaine de cet enfant et par cette circonstance de la possibilité d'empêcher le liquide de l'injection de pénétrer dans le rachis. D'ailleurs, il espérait que l'injection iodée ne développerait point d'inflammation vive. Pour ce qui est des objections faites par M. Danyau, M. Chassaignac fait observer que M. Dubois, qui avait vu l'enfant avant-hier, n'avait eu aucun doute sur la nature de la maladie. Revenant alors sur les caractères assignés plus haut à la tumeur, il conclut à la guérison d'un véritable hydrorachis obtenue par une injection iodée. Suivant le désir de M. Guersant, l'enfant sera de nouveau présenté à la Société.

M. Demarquay. Les conditions anatomiques de la tumeur opérée par M. Chassaignac rendent compte du succès qu'il a obtenu. En effet, cette dernière est située à l'extrémité inférieure du rachis formé par le cul-de-sac méningien qui existe dans ce point. Aucune portion du système nerveux n'entre dans sa composition; elle est pédiculée, et ce pédicule peut être comprimé par la pulpe du doigt. On comprend parfaitement qu'une injection iodée ne pénétrant pas dans le rachis, et amenant là une exsudation plastique plutôt qu'une véritable inflammation, l'enfant ait guéri sans accident.

M. Larrey rappelle que M. Laborie a publié dans les *Annales de la Chirurgie* un travail spécial sur l'hydrorachis, et tracé les indications qui peuvent permettre de recourir au traitement chirurgical, en considérant la mobilité de la tumeur, sa transparence et la structure normale de la peau comme des caractères favorables à l'opération. Or ces caractères semblaient réunis chez l'enfant que M. Chassaignac vient de présenter à la Société.

Voici le résumé de son travail; l'hydrorachis peut être opéré:

1° Si l'enfant paraît bien constitué et si la tumeur est unique;

2° Si la tumeur est pédiculée;

3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et qu'elle ne soit point ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur;

4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleurs;

5° Si les mouvements imprimés à la douleur sont indolores;

6° Si la tumeur est franchement fluctuante.

Au contraire, il faudra s'abstenir :

1° Quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation ;

2° Quand la tumeur présente une base très large, surtout verticalement ;

3° Quand la peau qui revêt la tumeur est incomplétement formée et ulcérée ;

4° Quand la tumeur paraît très sensible à la pression, et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement lorsqu'on exerce la pression sur la partie la plus saillante de la tumeur ;

5° Quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer de la douleur ;

6° Quand la fluctuation se perçoit inégalement et qu'elle arrive d'une manière plus immédiate au doigt de l'observateur, si on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.

M. Boinet. L'opinion qui arrête la plupart des chirurgiens dans l'emploi des injections iodées est une opinion que je crois fausse ; c'est l'opinion que ces injections développent des inflammations. Eh bien ! jamais ces injections ne développent d'inflammation suppurative ; s'il n'y a pas pénétration d'air, elles amènent l'épanchement d'un liquide séreux plus abondant, qui avec le temps est repris par l'absorption, sans laisser aucune adhérence dans les membranes séreuses.

M. Marjolin. Si les injections iodées ne déterminent point d'inflammation, comment alors expliquer la rougeur qui survient dans les enveloppes du testicule, le gonflement et l'état douloureux de cette glande ? Ne sait-on pas que plusieurs fois les injections iodées ont amené la formation du pus dans les parties où elles ont été faites même avec grand soin ?

M. Larrey. Je ne voudrais pas m'écarter du point de départ de cette discussion, ni du sujet spécial qui s'y rattache ; mais, puisque la question des injections iodées vient de se reproduire, elle me permet de soumettre une remarque à la Société.

Tous les chirurgiens, sans doute, sont intéressés, dans leur pratique, au succès des injections d'iode, et, pour ma part, j'en ai déjà fait un assez fréquent usage ; mais l'avenir de cette méthode thérapeutique pourrait bien ne pas réaliser tout ce qu'elle promet encore à présent. Déjà même divers accidents seraient à signaler, si on pouvait en réunir les observations éparses.

Nous savons, par exemple, que notre honorable collègue M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de-Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. Il est permis d'en douter pour quelques cas au moins; et il y a à craindre, malgré toutes les précautions prises, soit la formation nouvelle de l'abcès par congestion, soit l'aggravation elle-même du mal vertébral, et sa terminaison mortelle par la suppuration colliquative ou par l'altération profonde des tissus. Tel a été le sort de deux malades observés par nous au Val-de-Grâce, tel sera peut-être celui de quelques autres observés ailleurs, si on n'apporte pas une grande réserve dans l'emploi de cette médication, quels que soient d'ailleurs ses avantages.

M. Forget. Au point où en est arrivée cette discussion et d'après ce qui a été dit, il semblerait que les injections iodées fussent appelées à guérir partout et toujours, et qu'elles dussent être à l'abri des accidents communs à la plupart des autres méthodes de traitement. Je ne puis croire que telles soient les prétentions de ceux qui la préconisent, et notamment de M. Boinet; l'infaillibilité n'est dévolue à aucune des puissances thérapeutiques dont nous faisons usage. Qu'on cesse donc de promettre et d'espérer des préparations iodées plus qu'elles ne peuvent donner; il arrivera pour elles ce que nous voyons se produire pour tous les autres agents curatifs, c'est-à-dire qu'elles guériront dans certains cas, et que, dans d'autres, elles échoueront : c'est là la loi commune à laquelle l'expérience a prouvé qu'elles n'ont pas le privilége de se soustraire.

Revenant sur le fait communiqué par M. Chassaignac, je m'associe, dit M. Forget, aux vues pratiques si bien exposées par M. Lenoir. Il serait dangereux de généraliser l'emploi des injections iodées au traitement du spina-bifida, surtout en se fondant sur un fait dans lequel le diagnostic anatomique n'est pas à l'abri de toute contestation. En effet, M. Danyau a déjà fait observer que les caractères extérieurs de la tumeur ne semblaient pas avoir été ceux qu'il a constamment observés chez plusieurs enfants atteints de cette maladie. En outre, M. Chassaignac a dit qu'en comprimant la tumeur il n'avait pas vu qu'elle diminuât sensiblement de

volume, ce qui n'aurait pas manqué s'il y avait eu une communication bien évidente entre elle et la cavité arachnoïdienne. Peut-être, ajoute M. Forget, cette communication, réelle primitivement, avait-elle déjà cessé par le fait d'une oblitération spontanée et antérieure à l'injection, auquel cas celle-ci eût porté sur un véritable kyste; l'extrême étroitesse du cercle osseux limitant le pédicule de la tumeur tend à justifier cette manière de voir, et, de la sorte, on s'expliquerait l'innocuité de l'injection dont le liquide n'aurait pas pénétré dans le canal rachidien.

M. Demarquay. M. Forget, en combattant M. Boinet à propos des avantages très grands qu'il trouve dans les injections iodées et de l'innocuité de ces dernières, a rappelé la pratique de M. Blandin dans les derniers temps de sa vie et fait appel à mes souvenirs. Je dirai à cet égard que ce chirurgien n'était pas très partisan des injections iodées : il ne les rejetait pas, mais il ne trouvait pas que dans le traitement de l'hydrocèle elles eussent la supériorité sur les injections vineuses; il a fait des essais comparatifs sur des malades affectés de double hydrocèle; je l'ai vu injecter d'un côté de la teinture d'iode et de l'autre du vin; et, quant au résultat final, il m'a paru être le même.

Relativement à l'innocuité de ces injections, je dirai que je ne partage en rien l'opinion de M. Boinet. J'ai été témoin de plusieurs faits qui prouvent, au contraire, qu'elles peuvent amener des accidents sérieux. Il y a cinq ou six ans, j'allai aider M. Blandin dans une opération d'hydrocèle double qu'il devait pratiquer au général P.... M. Blandin lui avait déclaré qu'il n'éprouverait aucune douleur, qu'il ne ferait point d'injection vineuse, mais une injection iodée, qui amènerait également la guérison sans avoir aucun des inconvénients du vin. Quelques injections faites par lui à l'hôpital avaient été en effet presque sans douleur. Une certaine quantité de teinture d'iode, dans la proportion de 60 grammes de teinture pour 40 grammes d'eau, fut poussée dans la tunique vaginale. Mais à peine le liquide avait-il pénétré qu'une douleur vive se manifeste dans les bourses, le cordon testiculaire et se répand dans toute la cavité abdominale. Bien que le malade ne portât aucune hernie et qu'une compression bien faite eût été exercée à l'orifice externe du canal inguinal, nous crûmes un instant au passage du liquide dans la cavité péritonéale. En effet, il survint immédiatement après cette

injection une décoloration et une altération profonde des traits, le corps se couvrit de sueur froide et visqueuse, le pouls devint petit, filiforme; il survint des nausées, des vomissements avec un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Cette scène, qui nous inquiéta vivement, dura deux heures environ, et tout rentra dans l'ordre.

Je citerai encore un fait qui prouve que les injections iodées peuvent dans certaines circonstances amener les mêmes accidents que les injections vineuses.

Il y a dix-huit mois, j'ai vu un chirurgien distingué pratiquer une injection iodée dans la tunique vaginale; le liquide passa en partie dans le tissu cellulaire des bourses; une gangrène survint, et bientôt les deux testicules furent dépouillés de leur enveloppe naturelle; il fallut une opération autoplastique ingénieuse, comme ce chirurgien sait en faire, pour recouvrir les testicules de son malade. En rapportant ces faits, je n'ai point la prétention de combattre les injections iodées, mais de prémunir, si je le puis, certains esprits contre des illusions que des revers viendraient sûrement dissiper.

— M. Danyau présente un placenta qui offre plusieurs dispositions remarquables.

Bien que ce placenta appartînt à un enfant solitaire, il se composait de deux lobes presque égaux, réalisant ainsi la disposition normale du placenta de l'espèce singe. Ces deux lobes étaient distants l'un de l'autre par un intervalle de trois travers de doigt rempli par les membranes.

Le cordon est implanté sur la circonférence du lobe le plus grand; à partir de ce point d'insertion, les vaisseaux destinés au lobe le plus petit s'écartent les uns des autres et gagnent dans l'épaisseur des membranes la circonférence de la masse placentaire dans laquelle ils doivent se distribuer. C'est au milieu de ces vaisseaux et dans l'intervalle qu'ils laissent entre eux que les membranes se sont rompues pendant le travail, mais de manière qu'aucune branche artérielle ou veineuse n'ait été intéressée : aussi l'enfant est-il né vivant. Cette disposition des vaisseaux dans les membranes, dont Benckiser a signalé les dangers quand la rupture de la poche amniotique a lieu précisémment au niveau de cette distribution anomale, n'expose cependant pas toujours aux conséquences

fâcheuses que l'élève du professeur Naegelé a fait connaître. Le cas présenté par M. Danyau n'est pas le seul où les vaisseaux aient été ainsi épargnés. Mais il est remarquable par la présence tout autour de l'ouverture des membranes d'un cercle de vaisseaux artériels et veineux formant une sorte d'ourlet très saillants.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 2 *avril* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Homolle et Quevenne font hommage à la Société de leur travail sur la digitaline.

— M. Boinet, à propos du procès-verbal, rappelle que la *Gazette des Hôpitaux*, dans un des numéros du mois de février 1849, a publié une observation de spina-bifida guéri par deux injections iodées. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans ayant sur le sacrum une tumeur de neuf pouces de circonférence et trois pouces de hauteur, avec des parois minces. Cette tumeur était accompagnée de paralysie et d'incontinence recto-vésicale. La guérison du spina-bifida fut obtenue par deux injections iodées, mais il resta toujours du trouble de l'intelligence accompagné de paralysie et d'incontinence recto-vésicale.

— M. Boinet communique à la Société quatre observations de hernies inguinales successives qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards. Chez ces malades, M. Boinet est parvenu, bien que les phénomènes de l'étranglement fussent assez intenses, à réduire leur hernie par un taxis prolongé et secondé par des inhalations de chloroforme pendant un temps assez long. Notre collègue pense que cette manière de faire est destinée, si elle est bien appliquée, à mettre beaucoup de malades à l'abri de l'opération de la herniotomie.

M. Demarquay. Je ferai remarquer à M. Boinet que l'application des anesthésiques comme moyen de rendre plus efficace le taxis dans le cas d'étranglement herniaire est un fait acquis à la science;

depuis l'introduction de cet agent thérapeutique dans la chirurgie pratique, il n'est point de chirurgien qui n'emploie souvent le chloroforme dans le même but que M. Boinet; les mémoires et les thèses qui ont été publiés sur l'application des agents anesthésiques à la pratique de la chirurgie relatent un certain nombre de faits d'étranglement herniaire vaincus par le taxis secondé de l'action de l'éther ou du chloroforme.

Mais, quant à la pensée que le taxis prolongé secondé de l'action du chloroforme peut mettre la plupart des malades à l'abri de la herniotomie, c'est là, suivant moi, une idée trop absolue, contre laquelle je proteste. Sans doute, le chloroforme peut être utile; mais, comme seul il est impuissant et qu'il a besoin d'être secondé par un taxis poussé trop loin, ce taxis ainsi fait devient un danger dans certaine circonstance bien déterminée. M. Boinet aurait dû nous dire dans quelle espèce de hernie il avait agi, à quelle époque de l'étranglement il avait appliqué sa méthode de traitement; si notre collègue ne détermine point nettement ces deux points, sa communication trop absolue, loin d'éclairer le traitement des hernies, peut au contraire devenir funeste en donnant l'espoir de faire céder tout étranglement herniaire par un taxis prolongé aidé de l'action du chloroforme.

M. Huguier. Le chloroforme agit comme la syncope; il relâche les tissus et peut favoriser la réduction d'une hernie. Tout le monde d'ailleurs emploie ce moyen avant de pratiquer l'opération de la hernie étranglée; mais il échoue souvent, et cela doit être. Il est tel étranglement contre lequel le taxis seul ou aidé du chloroforme ne peut rien. On rencontre des hernies dont le débridement une fois levé ne continue pas moins d'être irréductible; tout récemment, M. Huguier fut obligé de faire trois incisions sur les parties exerçant la constriction pour obtenir la réduction. Ces difficultés se rencontrent surtout chez les sujets jeunes, vigoureux et porteurs de petites hernies bien serrées. Dans ces cas, le chloroforme secondé du taxis réussit rarement; tandis que dans les hernies d'un certain volume, se produisant par un large canal, la réduction s'obtient assez facilement.

Appendice au procès-verbal de la précédente séance.

M. Boinet. Mon intention n'était point de prendre part à cette

discussion ; mais j'entends émettre des idées si contraires à la vérité concernant l'action de la teinture d'iode sur nos tissus que je ne puis ne pas rappeler des faits qui sont connus de tous ceux qui ont fait usage convenablement des injections iodées. Une opinion généralement admise, mais qui est une erreur, c'est que les injections iodées déterminent souvent des inflammations graves, suppuratives, gangréneuses, et qu'il y a par conséquent danger à les employer. Plusieurs fois déjà j'ai cherché à combattre cette erreur et à montrer que les effets immédiats et consécutifs des injections iodées étaient différents suivant les tissus sur lesquels on les appliquait, ensuite suivant la concentration plus ou moins grande du liquide iodé. Ainsi plusieurs chirurgiens les accusent de produire des inflammations vives, des gangrènes dans l'hydrocèle ; je n'hésite pas à le croire, puisqu'ils le disent ; mais je soupçonne fort que ces injections n'ont pas été faites convenablement. M. Chassaignac lui-même nous en fournit la preuve ; il a éprouvé des accidents avec les injections iodées dans l'opération de l'hydrocèle, mais il ajoute que ces accidents n'ont jamais eu lieu que lorsqu'il a fait usage d'injections composées de teinture pure d'iode. Mais lorsqu'il a employé la formule de M. le professeur Velpeau, il n'a jamais vu survenir les mêmes accidents. En effet, dans l'hydrocèle les injections iodées formulées convenablement et employées de même produisent tout au plus une inflammation adhésive et ne vont jamais au delà ; je dis produisent tout au plus une inflammation adhésive, car il y a des cas, et nous en avons observé, où après l'injection iodée les parois de la tunique vaginale n'adhèrent pas entre elles, et où la cavité vaginale est parfaitement libre, accomplissant ses fonctions comme dans l'état normal. Ce point, à savoir : si l'injection iodée produit dans l'hydrocèle une irritation qui va jusqu'à l'inflammation adhésive, ne nous paraît pas résolu d'une manière positive, et nous prions nos collègues de vouloir bien le vérifier toutes les fois qu'ils auront l'occasion d'examiner des tuniques vaginales dans lesquelles on aura injecté de la teinture iodique; seulement, nous leur recommandons d'y apporter la plus grande attention. Car dans ces cas les parois de la tunique vaginale sont tellement contiguës, qu'on pourrait croire, à première vue, qu'elles sont adhérentes. D'ailleurs, pour nous rendre compte des phénomènes primitifs et consécutifs qui naissent sous l'action

de la teinture d'iode injectée dans une cavité séreuse, examinons ce qui a lieu lorsqu'on applique cette même teinture sur la peau. Ici on opère à ciel ouvert, et tout est facile à constater; les phénomènes qui surviennent sont patents. Sont-ils ceux de l'inflammation ou bien tout simplement ceux d'une irritation portée aussi loin que possible, et jusqu'aux limites de l'inflammation? Ainsi après plusieurs couches de teinture d'iode sur la peau, on remarque, non pas immédiatement, mais au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la finesse de la peau et la sensibilité du malade, que celle-ci se sèche, se parchemine; puis l'épiderme se soulève, s'écaille, et un suintement de sérosité a lieu, suintement qui se renouvelle à chaque nouvelle application, etc. Il est probable que, si on répétait plus longtemps ces applications, on arriverait à produire de l'inflammation et tous ses phénomènes. Dans ce cas donc il y a tout simplement augmentation forcée, exagérée de l'action naturelle de la peau. Le suintement qui a lieu n'est qu'un liquide aqueux, séreux, qui probablement a beaucoup d'analogie avec le sérum du sang, mais qui n'est pas de la lymphe plastique et ne le deviendrait qu'autant qu'on arriverait plus près de ce qu'on appelle l'inflammation. On sait que lorsque l'irritation a dépassé certaines limites elle devient inflammation, et celle qui, restreinte dans certaines bornes et privée du contact de l'air, reste adhésive devient suppurative si elle dépasse ces bornes. Ces phénomènes, que nous observons pour le tissu cutané, sont les mêmes pour les séreuses. Une injection iodée, dosée convenablement et injectée dans la tunique vaginale, dans le péritoine, n'est qu'un stimulant qui produit une irritation simple, insuffisante le plus souvent pour amener l'inflammation adhésive, mais assez grande pour produire une sécrétion et une absorption plus grandes. Dans ces cas, les injections iodées produisent donc une impression qui donne naissance à une action restauratrice. Sous l'influence d'une irritation modérée, les vaisseaux ne sont que peu modifiés; la sécrétion n'est pas encore de la lymphe coagulable, mais seulement de la sérosité. Si l'irritation est plus forte ou poussée plus loin, la sécrétion devient de la lymphe coagulable mêlée avec un peu de sérosité; l'irritation étant plus forte encore, la matière sécrétée est de la lymphe plastique, et ressemble à celle qui est produite dans la période adhésive de l'inflammation; et à mesure que l'irritation devient plus vive, une

nouvelle disposition modifie à chaque instant les vaisseaux et les amène à la période suppurative; la matière sécrétée subit donc ainsi des modifications constantes depuis le moment où elle n'est qu'un simple liquide extravasé jusqu'à celui où elle constitue la substance de nouvelle formation qui appartient en propre à la suppuration. Il est donc facile de voir maintenant que l'effet immédiat des modes d'action de la teinture iodée, suivant la concentration plus ou moins grande, est la formation de sécrétions qui varient suivant l'intensité plus ou moins grande de l'irritation, car il est probable que, lorsque les surfaces irritées forment du pus, ce sont les mêmes vaisseaux qui le sécrètent; seulement, le mode d'action des vaisseaux est modifié d'une manière fort remarquable.

Maintenant, quels sont les phénomènes qui ont lieu dans une tunique vaginale après une injection iodée? Celle-ci stimule donc plutôt qu'elle n'irrite; car si elle dépasse le stimulus, elle devient une cause d'irritation. Si l'action stimulante n'est pas assez forte pour rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, il y a récidive, et l'hydrocèle se reproduit; si cette action est convenable, la guérison a lieu, et l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption a lieu; si, enfin, cette action dépasse les limites d'un stimulus et si elle produit une inflammation, alors naissent les phénomènes de l'inflammation adhésive, etc. Avec l'injection iodée, nous sommes, pour ainsi dire, maîtres de faire naître le degré convenable d'irritation. Mais une question qui n'est pas encore résolue pour tout le monde, c'est la véritable théorie de la guérison de l'hydrocèle.

Les idées attachées à la méthode des injections sont qu'elles produisent l'adhérence des parois du sac entre elles et au testicule par première intention. Cet effet peut avoir lieu quelquefois sans aucun doute; mais c'est lorsque le liquide injecté est trop concentré, c'est-à-dire trop irritant, probablement qu'il se forme alors quelques adhérences; mais quelques observations récentes ont montré d'abord que l'adhérence générale et même partielle du sac est loin d'être la conséquence commune de cette opération, qui guérit en modifiant l'action morbide des vaisseaux sécréteurs, modification dont la nature n'est point connue. Le succès de l'opération n'est nullement en proportion de la somme d'inflammation produite, bien qu'une certaine quantité d'irritation, d'inflammation modérée

paraisse indispensable pour que l'effet curatif soit produit ; et l'inflammation causée par l'injection iodée va rarement jusqu'à la période adhésive, et ne la dépasse jamais quand le liquide injecté est dosé convenablement. L'observation clinique peut d'ailleurs, jusqu'à un certain point, donner l'explication de la guérison. Que produit l'injection ? L'exsudation prompte d'une grande quantité de sérosité et de lymphe coagulable, ou simplement de sérosité, ou bien de lymphe coagulable seule. Souvent la tunique vaginale devient plus distendue qu'elle n'était avant la ponction ; cet épanchement considérable d'un liquide nouveau, dû à l'action de l'injection sur les parois de la tunique vaginale, distend, écarte, éloigne l'une de l'autre et du testicule ces parois du sac vaginal, de façon que ce nouveau liquide tient séparés les uns des autres les points de cette membrane séreuse pendant douze ou quinze jours et même plus longtemps, et dans la période où les phénomènes de la période adhésive, c'est-à-dire les adhérences, devraient se former. La tunique vaginale étant très élargie dans de telles circonstances, son affaissement ne pouvant avoir lieu à cause du liquide qu'elle contient, il est donc, sinon impossible, au moins très difficile, de voir s'établir des adhérences, car le contact ne pourrait être assez uniforme pour mettre toutes les parties de la cavité en rapport réciproque, et quand le liquide résorbé permet aux parois de la cavité de se mettre en contact, les phénomènes de la période adhésive de l'inflammation ont disparu depuis longtemps.

On m'a encore objecté, comme preuve de l'inflammation produite par les injections iodées dans la tunique vaginale, la douleur si vive que ressentent les malades, le gonflement du testicule, sa sensibilité, la fièvre, les vomissements, etc. Mais tous ces phénomènes, qui existent, à la vérité, ne sont jamais si sensibles, pour la plupart, qu'au moment de l'injection, et avant même que l'inflammation ait eu le temps de se développer ; ils sont dus à l'impression du liquide injecté sur le testicule et sur son cordon, impression qui retentit jusque sur les côtés de la colonne vertébrale, là où l'injection n'a pas pénétré, où elle n'a pas pu par conséquent produire de l'inflammation. Cette douleur gravative du testicule, qui fait naître les nausées, la douleur dorsale et la douleur lombaire, ne peut donc être attribuée à l'inflammation. Quant à la tuméfaction considérable qui suit l'injection pendant plusieurs

jours, pendant plusieurs semaines, elle est considérable, et, à raison de la douleur, on pourrait croire qu'elle a son siége dans le testicule ; mais elle a pour cause principale l'exsudation du liquide épanché dans la tunique vaginale sous l'influence de l'irritation produite par l'injection. Au bout d'un certain temps, cette augmentation de volume disparaît peu à peu par l'absorption de la sérosité qui a été sécrétée, et le malade est guéri.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 9 *avril* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Demarquay donne lecture du travail de M. Letenneur, de Nantes, ayant pour titre : *Communication entre l'artère brachiale au pli du bras et la veine collatérale interne.*

Au mois de février 1850 le nommé X..., homme de peine, âgé de soixante-cinq ans, peu intelligent, s'adonnant avec excès au vin et vivant même dans un état habituel d'ivresse, fut saigné pour une maladie aiguë. La saignée fut pratiquée au bras gauche sur la veine médiane basilique. Cet homme est très maigre et a tout le système veineux superficiel très développé ; les veines du bras, notamment, sont faciles à atteindre; enfin, celle qui a été choisie pour la saignée n'est pas directement placée sur le trajet de l'artère, mais un peu en dehors.

Comment les choses se passèrent-elles ? La disposition des vaisseaux me porte à croire que le malade, par un mouvement brusque et violent, a été lui-même au-devant de la lancette. Quoi qu'il en soit, comme cette circonstance n'avait à mes yeux aucun intérêt, j'ai cru prudent de ne point faire à ce sujet de questions au malade, qui ne se doute pas de la gravité de son état, et chez lequel d'ailleurs il était inutile d'éveiller un sentiment de défiance contre un médecin honorable et instruit.

Je sais seulement que la douleur fut très vive au moment de la saignée, que le sang coula abondamment et avec force, et que la bande fut appliquée avec grand soin par le médecin, qui vint lui-même l'enlever quarante-huit heures après.

L'ouverture de la peau était déjà cicatrisée; mais le pli du coude et une partie du bras et de l'avant-bras devinrent le siége d'un gonflement considérable et mal circonscrit d'abord, mais qui bientôt se limita, diminua d'étendue et se réduisit au volume d'une petite pomme. A cette époque, six semaines environ après la saignée, j'eus occasion de passer près de la maison de cet homme, qui me pria d'entrer et me fit voir son bras. La tumeur était dure, non fluctuante, placée sous la cicatrice de la saignée, qui en occupait le sommet; on y sentait des battements isochrones à ceux des artères, avec un mouvement d'expansion à chaque battement; on distinguait aussi très bien un frémissement profond. La veine médiane basilique paraissait noyée dans la tumeur.

Je recommandai au malade un repos absolu, et réussis par quelques paroles à lui donner sur l'issue de cet accident une confiance qui, je l'avoue, était loin de mon esprit.

Mais tout se passa contrairement à mes conseils et à mes prévisions; car le malade, au lieu de garder le repos, se livra à son travail habituel, dans lequel son bras était exposé sans cesse à des mouvements, et cet excès d'imprudence n'empêcha pas la tumeur de disparaître si complétement que six mois après la saignée j'appris par un parent du malade qu'il était entièrement guéri. Cette heureuse nouvelle me fut confirmée par le médecin lui-même, qui m'avait auparavant confié ses inquiétudes.

Je me félicitais de ce résultat et me proposais cependant de vérifier moi-même le fait, lorsque je reçus le fascicule des mémoires de la Société de Chirurgie contenant le travail de M. Follin sur une communication entre l'artère brachiale et les veines profondes du pli du bras.

La lecture de ce travail fixa mon attention et augmenta le désir que j'avais de constater si la guérison de l'anévrisme que j'avais vu était bien réelle ou n'était qu'apparente. L'occasion ne tarda pas à se présenter, et je reconnus un fait ayant la plus grande ressemblance avec celui observé par M. Follin.

Je n'eus pas le loisir, ce jour-là, d'examiner très longtemps le malade. Cependant, pour bien faire comprendre la marche de la maladie, il importe de rappeler ce qu'il me fut donné d'observer alors.

Il n'y avait au pli du coude ni tumeur ni gonflement; la veine

médiane basilique était mobile et ne présentait rien d'anomal; on sentait au-dessous le frémissement caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux; les battements de l'artère étaient faciles à percevoir et rien n'était changé daus les rapports de position de ce vaisseau avec les parties voisines. Le doigt, placé en dehors de l'artère, ne sentait le frémissement que d'une manière éloignée et médiate, et la pression ne le faisait pas cesser; tandis qu'en dedans, où le frémissement avait le plus de force, on pouvait le diminuer et le faire cesser à volonté par la pression; enfin, la veine collatérale interne ne paraissait pas avoir notablement augmenté de volume.

Au mois de février dernier (1851), un an après les premiers accidents, voici quel était l'état du malade :

L'aspect du bras ne présente au premier abord rien d'anomal, si ce n'est, entre l'épitrochlée et le bord interne du muscle biceps, un gonflement qu'on apprécie surtout en comparant les deux bras.

La peau a sa coloration naturelle; elle est flasque et n'a aucune adhérence morbide avec les parties sous-jacentes.

Les veines superficielles sont très apparentes; la médiane basilique est mobile, et, comparée à celle du doigt, on voit que son volume n'a pas augmenté. Sur le trajet de cette veine, la peau porte deux cicatrices rapprochées de grandeur ordinaire ; rien n'indique quelle est celle qui correspond à la dernière saignée. Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que les veines superficielles ne sont le siége d'aucuu bruit, d'aucun phénomène anomal. Sur le trajet de l'artère brachiale, au-dessus des cicatrices des deux saignées, on voit toute la partie que j'ai dit avoir un volume un peu exagéré être soulevée à chaque battement artériel.

Lorsqu'on applique la main sur cette région, on sent un frémissement d'une force extraordinaire, incomparablement plus prononcé que je ne l'avais trouvé six mois auparavant. Ce frémissement chatouille la main, qui semble n'être séparée que par une gaze légère du point où se produit ce phénomène.

Ce frémissement, qui a son maximum d'intensité au moment de la diastole artérielle, diminue pendant la systole; mais il n'y a jamais de repos complet.

On sent le frémissement le long des vaisseaux, jusqu'au tiers su

périeur du bras ; il cesse à l'avant-bras, à 5 centimètres environ au-dessus du pli du coude.

Si, au lieu d'appliquer la main à plat sur la région malade, on cherche à circonscrire et à mieux apprécier le mal en palpant avec l'extrémité des doigts, on distingue une tumeur molle, dépressible, faisant peu de saillie à l'extérieur, parce qu'elle est comprimée par l'aponévrose. Cette tumeur recouvre l'artère brachiale en avant, et s'étend en dedans le long de sa face interne. Elle commence immédiatement au-dessus des cicatrices des saignées, conserve à peu près le même volume dans la hauteur de 3 centimètres, après quoi elle va s'amincissant et disparaît avant d'avoir atteint le tiers moyen du bras.

Lorsqu'on comprime cette tumeur en dedans de l'artère, dans le point précisément ou le frémissement est le plus fort, on l'amoindrit et même on le fait disparaître. En dehors on n'obtient par la même manœuvre aucune modification appréciable. Si, en pressant d'avant en arrière, on déprime la tumeur veineuse dans une profondeur de 1 centimètre au moins, on sent au-dessous l'artère, dont le volume est plus considérable que du côté opposé ; mais ce n'est qu'une dilatation fusiforme sans poche anévrismale. Les battements de l'artère sont beaucoup plus énergiques que du côté sain.

La compression de l'artère brachiale au-dessus de l'anévrisme fait disparaître le frémissement.

En appliquant une bande comme pour la saignée, mais sans interrompre la circulation artérielle, la tumeur augmente de volume, devient plus élastique, et le frémissement conserve toute sa force.

Si au contraire la bande est appliquée au-dessous du pli du bras, les battements artériels sont plus facilement appréciables, la tumeur s'affaisse un peu, et le frémissement diminue.

En posant l'oreille sur la région malade, on entend un bruit de souffle à double courant, l'un très fort et prolongé, correspondant à la diastole artérielle; l'autre très faible et de peu de durée, correspondant à la systole.

Ce bruit de souffle s'entend jusque dans le creux de l'aisselle. Je ne l'ai pas distingué dans la sous-clavière. A l'avant-bras on le retrouve dans l'artère radiale, mais bien faible.

Lorsque le bras est en repos, le malade n'y éprouve jamais de douleur; mais dans une extension forcée, quand par exemple il s'agit d'enlever perpendiculairement un fardeau placé à terre, une douleur assez vive se fait sentir, et à l'instant la force musculaire paraît anéantie.

Si l'avant-bras est fléchi ou demi-fléchi, les mouvements de la main sont aussi forts, et peuvent être soutenus presque aussi longtemps que du côté droit.

Si le malade marche le bras pendant le long du corps, la main et le bras s'engourdissent promptement. La plus légère flexion suffit pour faire disparaître cet accident, qui n'a jamais lieu lorsque la main est placée dans la poche du pantalon.

Enfin il y a entre la main droite et la main gauche une différence très remarquable de température. Le malade ressent lui-même dans la main gauche un froid habituel très appréciable pour l'observateur, surtout sur le dos de la main, qui a une coloration un peu bleuâtre.

En résumé, il y a eu chez l'individu qui fait le sujet de cette observation :

1° Une plaie faite par la lancette ayant intéressé la veine médiane basilique dans deux points opposés, l'artère brachiale et la veine collatérale interne.

2° Cette saignée a été suivie d'un anévrisme faux primitif.

3° Le sang épanché, en se coagulant au niveau de la blessure, a formé une tumeur circonscrite, véritable anévrisme faux consécutif dont la gravité a diminué graduellement et a fini par disparaître, grâce à l'addition successive de nouvelles couches fibrineuses.

4° La veine médiane basilique, éloignée des vaisseaux profonds par ces caillots, a pu se cicatriser isolément.

5° La tumeur solide résultant de l'oblitération de la poche anévrismale a été résorbée et n'a pas laissé de traces.

6° Il est resté une simple communication entre l'artère et la veine collatérale interne, dont les ouvertures ont contracté par leurs bords de solides adhérences, ou sont unies par un canal intermédiaire, qui alors serait très court.

7° Cette communication n'a pas dans les premiers temps modifié d'une manière appréciable le volume des vaisseaux; mais il a

peu à peu augmenté. Ce changement est surtout remarquable pour la veine, qui, six mois après la saignée, avait encore conservé ses rapports habituels avec l'artère, au côté interne de laquelle elle doit être accolée, et qui aujourd'hui est assez dilatée pour recouvrir l'artère dans toute sa face antérieure, et l'envelopper par conséquent dans la moitié au moins de sa circonférence.

La marche de cette maladie, toujours croissante jusqu'à ce jour, ne permet pas de croire qu'elle restera stationnaire. Comment se terminera-t-elle? Il est difficile de le prévoir. Si cependant il était permis d'émettre une opinion à ce sujet, je dirais que les parois de la veine, se distendant de plus en plus, finiront probablement par se rompre sous l'effort du sang artériel en lui livrant une issue dans le tissu cellulaire. Si la maladie entrait dans cette phase nouvelle, l'intervention de la médecine opératoire deviendrait indispensable.

M. Demarquay. L'observation de M. Letenneur soulève une question fort importante, celle de la curabilité de l'anévrisme artérioso-veineux. J'ai recueilli, il y a quelques mois, à la Pitié, une observation qui a de l'intérêt sous ce rapport. J'ai vu, dans cet hôpital, un infirmier, nommé Divroig, âgé de quarante-quatre ans, fort vigoureux, qui a été saigné au bras gauche il y a cinq ans; la veine basilique a été piquée. La saignée, qui, au dire de cet homme, a très bien coulé, a été pansée comme d'habitude, et il ne s'occupa plus de l'opération qui lui a été faite que deux ans après. A cette époque, en effet, en jouant avec une fille de service, celle-ci le prit par le bras gauche et sentit dans ce membre un bruit tout particulier dont elle fit part à Divroig; ce dernier, appliquant sa main droite sur le pli du coude gauche, sentit lui-même ce bruit, dont il fit constater la nature par plusieurs médecins.

Voici l'état du membre malade au mois de novembre dernier :

Il existe au pli du coude gauche une petite tumeur du volume d'une noix, au niveau de la médiane basilique. La main appliquée sur ce point perçoit un bruit continu, avec redoublement au moment de la diastole artérielle; ce bruit, comparable à celui d'un rouet, cesse d'être perceptible à la main et à l'aisselle; il s'entend à peu près dans toute l'étendue du membre supérieur; son maximum d'intensité est au pli du coude. La compression de l'artère le fait disparaître complétement. Quand on place le membre dans

une extension complète déterminée par la contraction musculaire, le susurrus est remplacé par un bruit sec, râpeux, en rapport avec la diastole artérielle. Les pulsations artérielles sont très faibles au poignet; je n'ai pu sentir celles de la cubitale dans ce point. Les veines de l'avant-bras ne sont pas développées d'une manière notable.

Le sujet de cette observation déclare n'éprouver aucune douleur, aucune gêne dans son bras gauche; devant moi il a soulevé des poids considérables : il n'a aucune conscience du susurrus dont son bras est le siége.

Voilà donc un homme porteur d'un anévrisme artérioso-veineux remontant à plusieurs années et dont il ignorait l'existence, qui n'en vaque pas moins à ses pénibles occupations d'infirmier.

M. Huguier appelle l'attention de ses collègues sur un malade actuellement dans son service qui est affecté d'un anévrisme artérioso-veineux de la cuisse gauche. Dans la prochaine séance, il donnera les détails de ce fait intéressant.

M. Lebert, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay, Lebert, rapporteur, lit son rapport sur l'observation d'une hydrocèle du cou présentée par M. Richard (Adolphe).

Les conclusions du rapport sont adoptées; le travail de M. Richard et le rapport de M. Lebert seront imprimés dans nos Mémoires.

— M. Huguier a eu occasion d'enlever une tumeur développée dans la région du cou et ayant son origine dans un des ganglions situés sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Plusieurs éléments composaient cette tumeur : il existait un kyste à sa partie supérieure, au centre du tubercule, et le reste était formé par les éléments hypertrophiés de la glande lymphatique. Ce fait démontre qu'une hydrocèle du cou peut prendre son origine dans un ganglion lymphatique.

— M. Maisonneuve met sous les yeux de la Société la vessie d'un vieillard qui a succombé, au bout d'un mois de séjour dans son service, aux suites d'un fongus de la vessie. Ce vieillard, au moment de son entrée à l'hôpital Cochin, était affecté d'incontinence d'urine; celle-ci était sanguinolente, des douleurs vives existaient dans la vessie. Un cathétérisme explorateur fait avec grand soin ne fit découvrir aucun calcul; M. Maisonneuve pensa alors à la

présence d'un fongus dans la vessie, bien que le cathéter ne lui eût révélé aucun indice. A la mort du malade, il fut facile de voir que les présomptions de notre collègue étaient justes, car on trouva dans le bas-fond de la vessie une tumeur fongueuse, pédiculée, s'écrasant facilement et ayant le volume d'un œuf. La vessie est hypertrophiée ; les veines sont malades depuis longtemps. L'urètre est enflammé, et dans toute son étendue on trouve une matière blanchâtre pultacée.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 16 *avril* 1851.

Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit le numéro d'avril du journal de M. Lucas Championnière.

— M. HUGUIER, à propos du procès-verbal, fait observer que M. Larrey, dans son travail sur l'adénite cervicale, a rapporté un certain nombre d'observations de kyste du cou ayant leur point de départ dans les ganglions lymphatiques.

— M. HUGUIER communique à la Société l'observation du malade affecté d'anévrisme artérioso-veineux dont il avait été parlé dans la dernière séance. M. Boullay, interne distingué, a recueilli les détails de ce fait sous les yeux de M. Huguier.

Anévrisme artérioso-veineux de l'artère fémorale gauche.

A l'hôpital Beaujon, au n° 277, est couché un malade nommé Hatté, âgé de trente-trois ans, filassier, habitant le Mans. Cet homme, bien constitué, jouissait habituellement d'une bonne santé. Il y a huit ans, ayant les cuisses écartées et tenant un couteau à la main droite, ce couteau lui échappa; il rapprocha subitement les cuisses pour l'empêcher de tomber à terre; la lame pénétra dans la cuisse gauche à son côté interne, un peu au-dessus du milieu de sa longueur; une hémorrhagie abondante eut lieu; elle fut arrêtée par la compression faite au milieu de la plaie; cette compression

fut maintenue pendant environ trois mois. Alors le membre revint à son état normal, pourtant le malade y sentait de l'engourdissement et des *battements* au niveau de la plaie ; il conserva un peu de claudication.

Pendant les quatre années qui suivirent, le membre ne présenta rien de particulier, si ce n'est les *battements* qui persistaient toujours au niveau de la plaie; mais depuis deux ans un gonflement considérable se manifesta et alla toujours en augmentant ; les veines superficielles de la totalité du membre se tuméfièrent ; la marche cependant fut encore possible, même pendant un temps assez long, et sans douleur ; mais dès que le malade s'arrêtait, il souffrait beaucoup et était obligé de s'aliter.

Il y a quatorze mois, on le soumit, au Mans, à huit reprises différentes, à l'électro-puncture; il éprouva du soulagement pendant deux mois et souffrit ensuite comme autrefois. Alors deux ulcères se montrèrent au côté interne de la jambe, l'un près de sa partie inférieure, l'autre un peu au-dessus de sa partie moyenne. Ce n'est que depuis ce traitement que le malade s'est aperçu qu'il portait dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dans laquelle il sentit des battements.

En examinant le malade, on le trouve dans l'état suivant :

Teint pâle, jaunâtre ; yeux cernés; tout le membre inférieur gauche présente une tuméfaction considérable, il est arrondi en pain de sucre et est augmenté d'un quart environ ; les veines superficielles sont très dilatées, et cette dilatation des veines s'étend jusqu'à celles qui sont placées superficiellement à la partie inférieure de la région abdominale. Au côté interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus du milieu de sa longueur, se trouve une cicatrice linéaire, trace de la plaie faite par le couteau. Au-dessous de cette cicatrice , à 3 centimètres environ, sur le trajet de l'artère fémorale, s'en trouve une autre irrégulièrement arrondie résultant d'une ulcération déterminée par l'électro-puncture. Après cette opération, apparut, au niveau des piqûres faites pour la pratiquer, une tumeur, qu'on limite assez facilement en la saisissant entre les doigts ; cette tumeur est soulevée par des battements isochrones à ceux du pouls. Quand on la touche , on y sent un frémissement, qui se continue supérieurement sur le trajet de l'artère jusqu'au niveau de l'arcade fémorale, mais qu'on ne sent pas au-dessous de

la tumeur ni dans le creux poplité. En l'auscultant, on entend dans la tumeur un double bruit de souffle, l'un continu, l'autre intermittent et isochrone au pouls. Ce double bruit se fait entendre dans toute l'étendue du membre, soit sur le trajet des vaisseaux, soit sur les autres, mais il est beaucoup moins prononcé au-dessous qu'au-dessus de la tumeur.

On voit donc, d'après le dire du malade, que la tumeur qui est au niveau de la cicatrice causée par l'électro-puncture se serait développée à la suite de cette opération, qui a été pour le moins inutile, si elle n'a pas aggravé la maladie.

On sent les battements artériels avec beaucoup plus de force dans l'artère poplitée gauche, qui paraît dilatée, que dans la même artère du côté droit.

La main appliquée sur le membre n'y constate pas bien évidemment de modification de température ; cependant, M. Demarquay a pu avec le thermomètre constater une augmentation de trois degrés et demi.

Dans la fosse iliaque gauche, à 2 centimètres environ au-dessus de l'arcade fémorale, suivant la direction de l'artère iliaque externe, on sent une tumeur arrondie, qu'on limite assez bien, qui s'étend en dedans presque jusqu'à la ligne médiane, et supérieurement jusqu'au niveau d'une ligne horizontale, qui passerait par l'épine iliaque antéro-supérieure. Quand on appuie assez fortement et à plat les doigts sur cette tumeur, on les sent et on les voit soulevés par des battements isochrones au pouls, battements qui ne semblent pas être dus au soulèvement d'une masse située sur une artère, mais bien à l'expansion d'une cavité recevant une forte colonne de sang artériel; les doigts qui la saisissent sont, en effet, non-seulement soulevés, mais écartés du centre à la circonférence. Le bruit que l'on y perçoit au moment de l'expansion n'est ni aussi franc ni aussi sec que l'est celui que l'on entend dans la tumeur de la cuisse.

Quand on comprime assez fortement l'artère crurale, on fait disparaître dans la tumeur les battements et les bruits, et le malade éprouve alors un sentiment de gêne : il sent, dit-il, quelque chose qui remonte vers le cœur, et, si la compression était maintenue pendant un certain temps, on pourrait déterminer la syncope.

On remarque, en outre, trois ulcérations eczémateuses sur le côté interne de la jambe gauche.

En auscultant le cœur, on entend au premier temps un bruit de souffle très marqué.

L'état général du malade est bon, du reste; l'appétit bien conservé, les garde-robes faciles, les fonctions urinaires normales.

Le malade, ennuyé à l'hôpital, sort le 11 avril.

M. Marjolin aurait désiré que M. Huguier communiquât le fait d'une manière plus complète; il l'aurait rendu plus intéressant en nous faisant connaître les réflexions qu'il avait fait naître dans son esprit. Il aurait voulu que les détails de cette observation intéressante fussent plus circonstanciés. Ainsi, il n'indique pas le volume du membre malade; l'œdème de ce dernier, l'état variqueux des veines jusqu'au-dessus des pubis n'ont pas suffisamment attiré l'attention de M. Huguier. Les phénomènes acoustiques ont été un objet d'étude pour MM. Monneret et Marjolin. M. Marjolin ne trouve pas le bruit caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux aussi marqué chez le malade de M. Huguier, qu'il a eu occasion de l'observer plusieurs fois sur d'autres malades. Certaines positions du membre font varier l'intensité du bruit. On n'entend pas de frémissement dans les veines. La tumeur occupant la fosse iliaque gauche, et qui dépasse la ligne blanche, offre quelques caractères intéressants à signaler; elle présente une certaine consistance; on ne sent pas en ce point ce mouvement d'expansion caractéristique; en dehors, au contraire, la main est soulevée par la tumeur; on entend manifestement le bruit artérioso-veineux qui se propage jusque dans ce point. Le pouls est régulier, mais il y a une dilatation générale de l'arbre artériel. Il s'agirait de savoir si la dilatation artérielle est antérieure ou postérieure à l'anévrisme variqueux; car si la dernière hypothèse est vraie, on comprend alors toute l'importance du précepte de M. Roux, qui veut que l'on se hâte d'opérer les malades affectés d'anévrisme artérioso-veineux.

M. Demarquay. J'ai examiné le malade de M. Huguier, et j'ai cherché à déterminer la température du membre malade. J'ai constaté que la température de ce dernier était de 3 degrés 1/2 plus élevée que celle du côté opposé. Déjà, sur d'autres malades, j'avais fait des observations analogues. D'abord sur un malade du service de M. Velpeau, l'année dernière, et, plus récemment, sur le ma-

lade dont M. Monneret nous a donné l'histoire. Chez ce dernier, à plusieurs reprises, j'ai constaté plusieurs degrés d'élévation de la température animale dans le membre malade. M. Monneret, qui a répété l'expérience, a trouvé la même différence. Je n'ai eu jusqu'à présent qu'une seule fois l'occasion d'examiner un membre supérieur affecté d'anévrisme variqueux, et je dois dire que je n'ai point trouvé de différence entre le membre malade et le membre sain au point de vue de la calorification. Il y a donc en dehors du mélange du sang veineux et artériel d'autres conditions qui amènent les différences que j'ai constatées; je chercherai à les faire connaître dans un travail que je me propose de présenter à la Société sur ce point de physiologie pathologique.

M. Huguier convient que quelques détails manquent à l'observation; néanmoins, ajoute-t-il, elle présente un tableau assez fidèle et assez exact de la maladie qui fait l'objet de la discussion. Pour ce qui est de la nature de la tumeur de la fosse iliaque, elle est, suivant MM. Huguier et Robert, anévrismatique; ils ont éprouvé le mouvement d'expansion dans toute la tumeur. La dilatation du système artériel est un fait qu'il invoque en faveur de la nature anévrismatique de la tumeur. Quant à cette dilatation artérielle en elle-même, M. Huguier, comme M. Marjolin, trouve qu'elle doit être étudiée avec soin; il croit que ce serait une raison qui devrait faire accepter l'opération immédiate de l'anévrisme artérioso-veineux s'il était démontré que la présence de cet anévrisme amène une modification si profonde dans les tissus artériels.

M. Marjolin. Il est encore un autre fait qu'il faut signaler. Quand on comprime l'artère crurale on détermine de la douleur, et de plus le malade éprouve une sensation particulière qui part du point comprimé pour arriver au cœur; alors ce malade éprouve un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Quant à la nature de la tumeur occupant la fosse iliaque gauche, il est moins affirmatif que M. Huguier. En effet, dit M. Marjolin, tandis que M. Demarquay et moi entendions parfaitement les bruits qui se passent dans le système circulatoire à la partie externe de la tumeur, ainsi que les pulsations énergiques de l'artère dans le même point, à la partie interne, au contraire, nous ne sentions qu'une bien faible expansion, si toutefois elle existe.

M. Huguier a été frappé, comme M. Marjolin, du sentiment de

malaise et d'angoisse que ressent le malade par la compression de la crurale. Il explique ce phénomène par l'expansion de l'anévrisme iliaque qui, dans ce moment, distend les différents filets nerveux qui couvrent la tumeur, et par l'obstacle apporté à la circulation, qui fait que le cœur malade se contracte avec plus de force sur la masse sanguine. Quant à la valeur intrinsèque du fait observé, elle est nulle au point de vue pratique, puisque le chirurgien ne pouvait rien faire; mais elle est sans importance au point de vue pathologique, et elle soulève diverses questions pleines d'intérêt.

M. Chassaignac. Les modifications imprimées aux parois du vaisseau par le mélange des deux sangs est un fait déjà étudié par Breschet. Mais ce qu'il importe d'établir, c'est la marche, l'étendue, la gravité de cette altération. Est-elle la même aux membres supérieurs qu'aux inférieurs? C'est là la question qu'il importe d'étudier.

Suivant notre collègue, l'histoire de l'anévrisme artérloso-veineux n'est point encore complète; Il y a tant de différence suivant les Individus porteurs de cette affection! Il observe actuellement un malade présentant un anévrisme du pli du coude, chez lequel un léger déplacement de la veine fait cesser le susurrus.

M. Forget. La question soulevée par M. Marjolin relativement à la préexistence d'une maladie du cœur et de l'aorte a beaucoup d'intérêt; au point de vue thérapeutique il n'est pas indifférent de rechercher le rapport qui peut exister entre elle et la lésion traumatique suivie d'un anévrisme artérioso-veineux. Il me semble qu'à défaut d'une démonstration matérielle on peut avec avantage recourir ici à la méthode d'induction.

En premier lieu, je ferai remarquer que, lorsque, sous l'influence d'une cause diathésique quelconque, le cœur et l'arbre artériel deviennent le siége d'une lésion organique, celle-ci, presque toujours, se révèle par des manifestations irrégulièrement disséminées sur les artères des diverses régions du corps. Dans le fait qui occupe la Société, c'est le contraire qui s'observe. Toutes les artères du côté opposé à l'anévrisme sont saines; ni le toucher, ni l'auscultation n'y ont saisi aucun phénomène morbide. L'état pathologique se résume en entier et exclusivement sur les artères du membre abdominal droit, celui sur lequel s'observe l'anévrisme variqueux.

Aussi est-on fondé à admettre que celui-ci a été le point de départ des lésions dont il s'agit. En effet, c'est l'artère fémorale qu'une plaie met en communication avec la veine satellite. Plus tard, et sous l'influence des modifications de structure et de résistance qui se produisent infailliblement dans les parois artérielles, une dilatation, une tumeur anévrismale se manifeste dans l'artère iliaque externe; de celle-ci, les effets de la lésion traumatique passent et deviennent apparents dans l'iliaque primitive, dans l'aorte et jusque dans le cœur. Certes, il y a dans cette disposition des caractères morbides, un enchaînement et un rapport de causalité qui me paraissent évidents, et on ne saurait mettre en doute que les troubles fonctionnels perçus dans les gros vaisseaux et dans le cœur ne soient la conséquence de l'anévrisme traumatique produit huit ans auparavant.

J'ajouterai, dit M. Forget, que cette interprétation du fait communiqué par M. Huguier vient encore résoudre cette autre question soulevée par M. Chassaignac, à savoir: jusqu'à quelle hauteur, un anévrisme artérioso-veineux existant, les effets de la lésion peuvent se faire sentir dans la continuité du tronc artériel. A l'aide du même fait, on pourra, en outre, éclairer l'histoire de cet anévrisme sous le rapport des accidents consécutifs, de leur marche et de leur intensité.

Somme toute, cette observation est précieuse, et on ne peut que désirer que M. Huguier veuille bien la compléter.

M. Lebert cite un fait qu'il a eu occasion d'observer dans le canton de Vaud, où, à la suite d'une blessure de la radiale, un chirurgien fut forcé de lier successivement la radiale, l'humérale, l'axillaire, la sous-clavière. Ces artères étaient devenues sécables par le fait d'un travail pathologique qui s'était accompli dans leurs parois depuis le point blessé; ce travail était tel que le vaisseau était devenu sécable par la pression du fil.

M. Marjolin. L'hémorrhagie qui s'est reproduite après la ligature de la radiale prouve que l'on n'a pas lié les deux bouts du vaisseau au moment de l'accident. M. Michon a prouvé l'importance de ce précepte de lier les deux bouts d'une artère blessée, en citant plusieurs faits malheureux où cette pratique n'a point été suivie.

— M. Chassaignac présente un malade qui, à la suite d'une

chute, a eu la paupière inférieure déchirée de haut en bas vers le grand angle de l'œil. La plaie, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait divisé dans son trajet le conduit lacrymal inférieur. La réunion fut faite; mais on ne parvint pas à mettre bout à bout le canal lacrymal. Actuellement que la cicatrisation est parfaite, les voies lacrymales présentent la disposition suivante:

On voit parfaitement le tronçon divisé du canal, il a conservé sa perméabilité; avec une seringue d'Anel on l'injecte facilement. La partie du canal restée en place présente son orifice palpébral dans la petite encoche qui existe sur le bord libre de la paupière, au niveau de la plaie réunie; cette partie du canal est aussi perméable et s'injecte avec facilité. Enfin, au niveau de la caroncule, existe un petit orifice fistuleux qui communique également avec le sac nasal; on peut, par cette ouverture, faire pénétrer une injection dans le sac nasal. Les larmes ne passent que très imparfaitement dans le canal nasal.

M. Guersant croit que la chirurgie ne doit pas rester inactive, et propose un procédé opératoire dans le but de corriger cette lésion du canal lacrymal inférieur.

— M. Huguier met sous les yeux de la Société un ganglion lymphatique qu'il a enlevé dans la région parotidienne d'une jeune fille qu'il a présentée il y a quelques mois à la Société de Chirurgie, et qui présentait un gonflement considérable de la région parotido-auriculaire; ce gonflement est formé par un tissu cellulo-vasculaire et graisseux, au centre duquel se trouvait le ganglion.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 23 *avril* 1851.

Présidence de M. Lenoir.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Huguier donne quelques détails sur la tumeur qu'il a présentée dans la séance précédente.

— M. Forget fait hommage de son mémoire sur la résection de la mâchoire inférieure.

— M. Chassaignac commence la lecture d'un travail très intéressant développé sur l'autoplastie faciale.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 30 *avril* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit :

Un travail de M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, ayant pour titre : *Déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie.*

M. Demarquay rendra compte de ce travail.

—M. Pelletier fait hommage à la Société de sa thèse, ayant pour titre : *De la contracture du sphincter anal et de son traitement par la dilatation forcée.*

M. Maisonneuve fera un rapport verbal sur ce travail.

— M. Chassaignac termine la lecture de son travail ayant pour titre : *De l'autoplastie faciale.*

Nous donnons ici un résumé rapide de ce travail, afin de faire mieux comprendre les diverses observations qui ont été présentées à propos de ce mémoire intéressant, dont la publication aura lieu dans nos fascicules. Les principaux chapitres de ce travail traitent :

1° De la blépharoplastie de la paupière inférieure, pour un cancer de cette paupière développé chez un homme de soixante et un ans hémiplégique ;

2° De l'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes ;

3° De la dacryocystoplastie ou restauration anaplastique du sac lacrymal;

4° De l'autoplastie parotidienne ;

5° De l'autoplastie pour les cancers de la lèvre inférieure.

L'observation de blépharoplastie dont le sujet a été présenté à la Société a offert ceci de particulier, que le malade, âgé de soixante

et un ans et atteint d'hémiplégie, avait perdu toute la paupière inférieure du côté droit et une partie attenant à la joue, ainsi que la portion de conjonctive tapissant l'hémisphère inférieur du globe de l'œil, en sorte qu'on a dû disséquer jusque sur la sclérotique.

L'opération d'autoplastie fut faite le 30 août 1849. Le malade quitta l'hôpital le 10 novembre; 7 mois après il y revint présentant une récidive de cancer qui, cette fois, a complétement respecté le lambeau autoplastique. Nouvelle opération le 30 mai 1850, cicatrisation le 17 juin, présentation du malade à la Société de Chirurgie le 14 août.

M. Chassaignac considère ce fait de récidive qui a respecté complétement le lambeau autoplastique comme venant à l'appui de l'opinion de M. Martinet (de la Creuse), en ce sens que les lambeaux autoplastiques sont réfractaires à la reproduction de l'affection cancéreuse, qui, dans ce cas, s'était arrêtée juste à la limite du lambeau.

A cette occasion, l'auteur du mémoire examine d'une manière générale la valeur des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de la théorie de M. Martinet, et il constate la difficulté de trouver dans un fait clinique le caractère démonstratif nécessaire pour prouver que l'autoplastie s'oppose à la repullulation du cancer.

L'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes a été obtenue par l'autoplastie avec glissement dû au décollement de toute la zone palpébrale externe. Jusqu'alors on n'avait point obtenu une clôture complète de la base de l'orbite par les voiles palpébraux; il restait toujours un point non oblitéré, soit qu'il fût entretenu par la persistance de la totalité ou d'une partie de la glande lacrymale de l'orbite, soit par toute autre cause. L'oblitération absolue, telle qu'elle a été obtenue dans le cas rapporté par notre collègue, lui paraît due non-seulement au décollement de la zone palpébrale externe qui a permis de faire refluer les téguments vers la partie interne, mais encore à ce que l'opération, ayant dû détruire la paroi interne de l'orbite qui était envahie par le cancer, avait établi entre l'orbite et les fosses nasales une communication qui permettait à l'air d'arriver dans l'orbite en arrière du voile membraneux formé par l'adhérence des paupières.

Une partie importante du mémoire est celle qui se rapporte à la

dacryocystoplastie ou autoplastie du sac lacrymal. L'auteur cherche d'abord à établir qu'il existe des fistules lacrymales absolument réfractaires à tous les moyens connus de traitement, sauf l'autoplastie. C'est à une de ces fistules qu'on a eu affaire; on pouvait employer le procédé de Dieffenbach, qui se trouve décrit tout au long dans le mémoire de M. Chassaignac, circonstance qui pourra paraître utile, vu que ce procédé, fort peu connu en France, n'est décrit dans aucun des ouvrages que nous avons continuellement entre les mains. Ce n'est pas de ce procédé que l'auteur a fait usage; après avoir détruit dans une incision en forme de V les tissus qui formaient le pourtour de la fistule, il a taillé deux lambeaux, l'un à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure, lambeaux dont la réunion a complétement formé l'orifice fistuleux.

Voici, du reste, quelques détails de l'observation consignée *in extenso* dans le mémoire de M. Chassaignac, qui regarde l'autoplastie comme devant être substituée en principe à la méthode barbare de la cautérisation destructive, méthode qui depuis quelque temps semble reprendre faveur parmi les oculistes.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 23 octobre 1849. Traité huit ans auparavant à l'hôpital Necker par Auguste Bérard pour une fistule lacrymale, qui, si elle n'est pas congénitale, date du moins de la première enfance. Bérard, ayant constaté par un caléthérisme attentif tant des conduits lacrymaux que du canal nasal l'oblitération de ce dernier, se vit dans la nécessité de pratiquer une voie nouvelle à travers l'os unguis d'après le procédé de Woolhouse. Rétablissement du passage des larmes dans les voies nasales; mais persistance d'une fistule que Bérard ne put jamais tarir, malgré les moyens les plus variés et les plus puissants, notamment l'application du fer rouge. Cette infirmité, nuisant au malade pour gagner sa vie, le porte à réclamer les conseils d'un confrère, qui l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine. Première opération consistant dans l'extraction de la canule placée par Bérard.

Dans les premiers jours de février, opération d'autoplastie consistant à enlever les parties adhérentes et dans leur centre l'orifice cutané de la fistule. Dissection de deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, ce qui permit de masquer complétement l'orifice profond de la fistule. Guérison. Absence d'épiphora.

Le malade, à sa sortie de l'hôpital, pouvait rester pendant l'espace de six heures sans avoir besoin de s'essuyer l'œil, ce qu'il était obligé de faire à chaque instant au moment de son entrée.

L'autoplastie de la région parotidienne offre des difficultés qui dépendent de l'excavation que laisse après elle l'ablation des tumeurs qui siégent derrière le bord postérieur de l'os maxillaire. Quand on cherche à ramener les téguments d'un côté à la partie la plus reculée de la joue, de l'autre à la peau qui recouvre la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on parvient bien à recouvrir la solution de continuité, mais on a une espèce de pont tégumentaire qui ne s'applique pas avec exactitude sur le fond même de l'excavation et reste sous-tendu à distance de celui-ci. L'auteur du mémoire croit avoir obtenu la solution de cette difficulté en ne taillant qu'un seul lambeau et en l'empruntant en totalité aux téguments lâches et mobiles de la région sous-maxillaire, téguments qu'il fait remonter tout d'une pièce jusqu'au pavillon de l'oreille.

Quant à la chéiloplastie de la lèvre inférieure, c'est moins une opération nouvelle que propose l'auteur qu'un *modus faciendi* particulier d'une opération connue. Aussi nous n'y insisterons pas.

Nous dirons que l'auteur s'est occupé d'une manière incidente d'une question qui intéresse à un certain degré les opérations d'autoplastie : c'est celle qui consiste à déterminer avec exactitude la durée des applications des moyens de suture; sa conclusion est que l'on doit tendre à abréger autant que possible le séjour des moyens de suture et à les retirer dans tous les cas juste à la limite où ils cessent d'être indispensables. Cette limite se détermine plus facilement en divisant les solutions de continuité autoplastiques en deux classes : celles qui ont une tendance active au déplacement, celles qui n'ont qu'une tendance passive. Dans cette dernière classe, des moyens d'union ne doivent pas être maintenus au delà de vingt-quatre heures.

L'autre conclusion se rapporte à l'abus que l'on ferait de l'emploi de la suture entortillée dans un certain nombre d'opérations autoplastiques, où la suture à points séparés est d'une application préférable.

M. Maisonneuve combat l'autoplastie palpébrale après l'ablation complète de l'œil afin d'amener l'occlusion des paupières; en effet, il n'est point impossible, même quand l'œil a été complétement en-

levé, d'appliquer un œil artificiel; seulement, il faut un œil différemment construit que celui que l'on destine à corriger la difformité résultant de l'amputation : il faut se servir d'une espèce de globe dont la partie postérieure peut être disposée de telle sorte qu'elle s'adapte parfaitement à l'orbite.

M. Monod a pratiqué l'année dernière l'ablation de l'œil, et un œil artificiel corrigeait tellement bien la difformité qu'à quelques mois de distance il ne pouvait reconnaître l'œil artificiel de l'œil naturel quand le malade était un peu éloigné ; toutefois, il faut ajouter que M. Monod, en pratiquant son ablation de l'œil, a fait subir au procédé opératoire généralement suivi une petite modification assez importante : au lieu de couper la conjonctive oculaire au niveau du cul-de-sac que forme cette membrane en se portant de la paupière sur le globe oculaire, il la détache du pourtour de la cornée, de cette façon il prévient autant que possible l'enfoncement des paupières après l'ablation de l'œil.

M. Chassaignac convient que la difformité résultant de l'ablation de l'œil peut être corrigée par un œil artificiel ; mais il est telle circonstance où ce moyen ne peut être appliqué. C'est alors que l'autoplastie, telle qu'il la pratique, peut être utile.

M. Deguise fils demande à M. Chassaignac s'il admet en principe qu'il faille perforer les unguis avant d'établir l'occlusion des paupières. Il a eu récemment occasion de pratiquer l'occlusion des paupières sur un cocher qui, dans une rixe, avait perdu un œil : les paupières étaient renversées. Avant de pratiquer l'occlusion de ces voiles, la glande lacrymale fut enlevée. La réunion des paupières s'est fait attendre ; mais le résultat ne peut être un instant douteux.

M. Maisonneuve combat en principe l'ablation de la glande lacrymale et la perforation de l'unguis avant de tenter l'occlusion des paupières. Deux fois il a fait cette opération, et ne s'est point occupé de cette glande. Il faut ajouter que, dans les deux opérations qu'il a faites, il a respecté les points lacrymaux, et que l'occlusion n'a jamais été complète.

Tout récemment il a fait l'opération qui nous occupe à un nommé Naquard, que tout le monde a vu dans le service de Lisfranc, et qui avait perdu un œil à la suite d'une brûlure ; l'occlusion fut incomplète; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cet

iodividu, dont la cornée de l'œil sur lequel la réunion des paupières a été faite était opaque, et ne laissait passer aucun rayon lumineux, a recouvré, à un faible degré il est vrai, la faculté de voir de l'œil malade après l'opération.

M. Cullerier. Les opérations autoplastiques faites dans le but de prévenir le retour du cancer ont certainement leur intérêt; mais il est une question préliminaire qu'il faut étudier, c'est celle du cancer lui-même. Nous n'avons plus aujourd'hui sur cette maladie les mêmes idées que celles que nous avions il y a quelques années. Avant de déclarer que l'autoplastie prévient le retour du cancer, il faut s'entendre, et dire quelle espèce de cancer.

M. Demarquay. M. Blandin avait complétement admis les idées de M. Martinet (de la Creuse), relativement à l'influence de l'autoplastie comme moyen de prévenir le retour du cancer. C'est ainsi que je lui ai vu pratiquer la rhénoplastie, la blépharoplastie, la chéiloplastie, dans ce but. J'ai constaté quelques résultats heureux; mais avait-on affaire à de véritables cancers? D'ailleurs les individus, après avoir quitté l'hôpital, étaient perdus de vue. Je crois donc, avec M. Cullerier, qu'il faudrait d'abord spécifier le cas auquel cette opération est appliquée pour juger de sa valeur.

M. Chassaignac. Le lambeau ne prévient pas la reproduction du cancer dans les parties voisines; mais il empêche la manifestation sur place; il y a donc avantage à faire de l'autoplastie à la suite des opérations que l'on pratique pour détruire les affections carcinomateuses, attendu que, si l'on a enlevé tous les tissus malades, on empêche par un lambeau autoplastique la reproduction du mal dans le lieu même où il siégeait.

M. Maisonneuve ne nie pas l'influence du lambeau autoplastique à la suite des opérations du cancer; mais dans le fait rapporté par M. Chassaignac, il n'a servi à rien, puisque le mal s'est reproduit dans les parties voisines; il n'a agi que comme un corps étranger qui aurait été placé au centre de la plaie; il n'a eu aucune influence sur les bords de la plaie, qui étaient entachés du vice cancéreux, puisque le mal s'est développé après l'opération comme si aucune opération autoplastique n'avait été pratiquée.

M. Forget. L'application de l'autoplastie comme moyen de prévenir la récidive du cancer n'a pas donné les résultats qu'en avait espérés M. Martinet (de la Creuse); on a beaucoup exagéré

la valeur des faits publiés par cet observateur : qu'on lise la thèse de Blandin sur l'autoplastie où tous ces faits sont relatés, et on verra qu'il n'en est pas un seul qui soit concluant.

Quant au mode de reproduction qu'affecte le cancer à la suite de ces réparations dues à la chirurgie plastique, il est certain qu'en général les lambeaux réparateurs sont ménagés ; ils ont pour effet de transplanter la repullulation de la maladie sur un point éloigné du centre des tissus qu'elle occupait primitivement. Deux fois j'ai eu occasion de voir ce résultat à la suite de l'ablation d'un cancer de la paupière et de l'aile du nez. Le lambeau emprunté à la joue pour fermer la plaie de l'opération demeura intact ; mais le mal se reproduisit sur la limite de celui-ci, à son point d'union avec les tissus auxquels il avait été greffé.

Il ressort de cette observation, ajoute M. Forget, que la récidive n'a pas été prévenue ; qu'elle s'est produite là où elle a lieu d'habitude, c'est-à-dire dans le tissu en continuité avec le cancer qui a été enlevé, et tout à fait placé par conséquent dans l'atmosphère de ce dernier. Quant à l'immunité dévolue au lambeau, elle ne doit point étonner, si on veut bien considérer qu'il est constitué par un tissu sain éloigné du cancer, sans relation vasculaire et nerveuse prochaine avec lui, n'ayant conséquemment subi aucune altération, soit vitale, soit organique, qui le fasse participer de la nature du tissu envahi et détruit par l'affection cancéreuse.

M. Huguier. Pour juger de l'avantage des opérations autoplastiques dans le cas qui nous occupe, il ne faut point oublier le mode suivant lequel se reproduit le cancer après les opérations faites pour le détruire. Suivant notre collègue, la reproduction a lieu :

1° Sur place, des parties profondes vers les superficielles ;

2° Dans la cicatrice que l'on obtient après l'opération ;

3° A quelque distance du lieu opéré ;

4° Dans un lieu éloigné, ou dans tous les viscères de l'économie.

L'autoplastie, si elle est utile, ne peut prévenir que la reproduction que j'ai classée dans ma première catégorie.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 7 *mai* 1851.

Présidence de M. Danyau.

M. Chassaignac. Il a été dit dans la dernière séance qu'il était toujours facile d'adapter un œil artificiel au moignon du bulbe oculaire; cependant, je viens de voir un malade chez lequel cette protbèse a offert à M. Sichel des difficultés insurmontables.

Injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Larrey communique à la Société, de la part de *M. Abeille*, médecin de l'hôpital militaire d'Ajaccio, une lettre dont les premières lignes indiquent le motif. « Mon cher maître, dans la séance de la Société de chirurgie du 26 mars, vous avez pris la parole au sujet des injections iodées : j'ai cru entendre un appel aux faits quand vous avez dit : « Nous savons, par exemple, que nos honorables collègues M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de-Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. » Je m'empresse de répondre à cet appel en vous envoyant l'intéressante observation d'un malade atteint d'un abcès par congestion de la fosse iliaque, etc. »

Cette observation, assez longuement rédigée, est lue en entier par M. Larrey, qui en donne le résumé suivant :

Un jeune soldat du 39e de ligne, sans antécédents notables, est entré au Val-de-Grâce en mai 1850 pour une petite tumeur inguinale, apparue depuis une buitaine de jours, considérée comme une hernie et semblant réclamer l'application d'un bandage. L'exploration faite à l'hôpital démontre, au lieu d'une hernie, l'existence d'un abcès par congestion précédé de douleurs lombaires, sans complication de gibbosité ni de paralysie, comme sans altération de la santé générale. La maladie a son siége dans le corps des premières vertèbres lombaires.

Le traitement se compose de divers moyens successivement employés à des intervalles plus ou moins éloignés les uns des autres :

à l'extérieur, divers révulsifs et notamment des cautères; à l'intérieur, des préparations d'iode, des ferrugineux, des amers, des purgatifs, etc. Mais, après sept mois de durée, la tumeur, augmentant de volume, est ouverte par une ponction sous-cutanée que M. J. Guérin est appelé à pratiquer lui-même. Il en fait plus tard une seconde, puis une troisième suivie d'une injection iodée en observant les précautions convenables. La première évacuation du pus n'avait amené qu'une amélioration passagère suivie de récidive. Les deux dernières ponctions se transforment bientôt en fistules, qui suppurent abondamment; c'est en vain que les injections iodées sont renouvelées dans ce vaste foyer; les forces du malade s'affaiblissent et s'épuisent; la fièvre symptomatique se déclare, une eschare se forme à l'épine iliaque, et le marasme entraîne la mort dans les premiers jours de février.

L'autopsie démontre, enfin, une dénudation assez étendue de la crête de l'os des îles, un foyer purulent considérable dans la fosse iliaque avec migration du pus dans la gaîne du psoas, et dans les première, deuxième et troisième vertèbres lombaires une altération dont les caractères n'ont pas été précisés.

M. Abeille ajoute à ce fait des réflexions d'après lesquelles il apprécie à son point de vue la part que les injections iodées semblent avoir eue dans la production des accidents, et il est porté à les attribuer en partie à l'action mécanique de la canule, mais en reconnaissant que le liquide iodé y a joué le principal rôle.

« La Société de Chirurgie voudra bien se rappeler, dit M. Abeille en terminant, que nous n'avons accordé pour notre compte aux injections iodées employées dans les abcès par congestion qu'une action bornée au sac lui-même, quand la cause morbide initiale générale et locale a complétement disparu. En cela, nous sommes en opposition avec M. Boinet, qui prétend avec ces injections attaquer l'altération osseuse elle-même. »

M. Boinet. Je ferai une première remarque, c'est que je n'ai jamais prétendu que les injections iodées guériraient *tous* les abcès par congestion. Quel est donc le moyen qui réussit toujours? Le fait de M. Abeille ne serait donc qu'une exception très naturelle à une règle que je regarde comme générale. Notez bien, d'ailleurs, que je raisonne dans l'hypothèse que ce fait aurait la signification que lui attribue son auteur, tandis qu'il me paraît passible d'ob-

jections graves. Ainsi, l'injection est restée 20 minutes dans le foyer, temps quadruple de celui que je crois convenable, et l'on comprend que le contact si prolongé du liquide irritant sur les parois de la poche ait provoqué la formation des abcès circonvoisins. — La deuxième injection n'a été pratiquée que 34 jours après la première, intervalle beaucoup trop considérable, puisque, selon moi, il ne doit être que de 5 à 6 jours. Enfin, quand l'amélioration s'est prononcée, on a trop tôt renoncé aux injections. C'est une mauvaise application de la méthode; elle ne peut rien prouver contre cette méthode. L'observation manque, en outre, de détails importants.

M. Larrey répond d'abord à M. Boinet, qu'en donnant communication à la Société de la lettre et de l'observation de M. Abeille, il n'a été que son intermédiaire ou son interprète; mais il croit devoir rappeler que, lors d'une précédente discussion sur le même sujet, M. Boinet s'était montré beaucoup plus explicite ou absolu dans son opinion qu'il ne semble l'être aujourd'hui: le *Bulletin de la Société* en fait foi.

Et alors, comme à présent, ajoute M. Larrey, j'ai soutenu que, si les injections iodées pouvaient modifier favorablement les abcès par congestion, elles étaient incapables d'agir sur le foyer de la maladie ou sur l'altération des os.

M. Boinet. Il faut bien que cette modification existe, puisqu'il y a des exemples déjà nombreux de guérison, et que cette guérison est impossible sans que la source du pus soit tarie, sans que le point lésé de l'épine soit revenu à l'état normal. J'ai obtenu de ce moyen de nouveaux succès; j'espère en outre réussir de même encore chez un malade que je traite actuellement avec M. Jules Guérin; et si la méthode ne donne pas toujours des résultats aussi heureux, c'est que le plus souvent peut-être elle est imparfaitement suivie, et que surtout on cesse trop tôt les injections, qui doivent être continuées pendant 3, 6, 10 ou 15 mois.

M. Chassaignac. Il me semble que, malgré l'habileté de l'exécution, cette méthode doit échouer dans des cas même assez nombreux. Quand, par exemple, une, deux ou trois vertèbres sont détruites avec leurs fibro-cartilages, comment voulez-vous que l'iode remédie à un pareil désordre?

Incision et évacuation directe de l'anse intestinale étranglée;
par M. Vial, chirurgien de l'hôpital Saint-Etienne.

M. Boinet, chargé, avec M. Marjolin, d'examiner le travail dont nous venons de donner le titre, en rend compte à la Société.

Dans le cas d'inflammation et de distension extrême de l'anse intestinale étranglée, ne conviendrait-il pas d'y pratiquer une ouverture pour procurer une issue immédiate aux matières, en ayant soin, après la réduction, de maintenir derrière l'anneau la plaie du tube digestif? Telle est la question que pose l'auteur, et qu'il tend à résoudre par l'affirmative. Il s'appuie sur deux faits dont voici la substance.

Un journalier de 65 ans avait depuis longtemps une hernie inguinale du volume d'un œuf. Il n'avait jamais porté de bandage. Sans cause connue, la tumeur acquiert, en deux jours, le volume de la tête d'un enfant. Elle est alors légèrement sensible et complétement irréductible. Le pouls est petit, la peau froide, la face altérée, la langue sèche, le ventre tendu, les selles supprimées, et il y a des vomissements de matières bilieuses et stercorales.

Le cas parut si pressant au chirurgien, qu'il vit dans l'opération seule quelque chance de salut. Le sac ouvert et l'anneau débridé, on essaie de réduire les 70 à 80 centimètres d'intestin qui étaient en dehors. Malgré la douceur de la manœuvre, une perforation eut lieu et donna issue à une abondante évacuation. Cette perforation avait le diamètre d'une pièce de 25 centimes, et M. Vial, sans en décrire d'ailleurs les autres caractères, ne sait s'il doit la rapporter plutôt au ramollissement de l'intestin qu'à des pressions peut-être excessives ou à l'action de ses ongles. Quoi qu'il en soit, la réduction des longues anses intestinales fut ensuite facile; la perforation fut maintenue (l'auteur ne dit pas comment) derrière l'anneau. L'amélioration fut immédiate et considérable; et à l'aide d'infusions théiformes et de lavements émollients, le malade revint comme de la mort à la vie. Au bout de deux mois d'une compression méthodique et soutenue, l'anus contre nature était fermé et la guérison parfaite.

A ce cas, dont il attribue l'heureuse terminaison à la perforation intestinale et à l'évacuation qui en fut la suite, M. Vial en oppose un autre où une perforation analogue eût peut-être sauvé

le malade, qui parut succomber à la rétention invincible des matières dans l'anse réduite. Il s'agit d'un homme de 57 ans qui avait une hernie étranglée depuis deux jours. La tumeur était à peu près aussi volumineuse que chez le précédent. « Il y avait des vomissements ; le pouls n'avait pas trop de fréquence ; malgré la tension du ventre et de la tumeur, la pression y déterminait peu de sensibilité. Je crus donc pouvoir, sans inconvénients, ajourner l'opération, et recourir, en attendant, à l'usage des sangsues, de la glace, des frictions mercurielles et belladonées et des lavements laxatifs. Le lendemain, les accidents étaient accrus. L'opération fut dès lors décidée et immédiatement exécutée. L'intestin, très rouge et très distendu, s'échappait dans une étendue de plus de 60 centimètres. Sa réduction, néanmoins assez facile, fut exacte et complète ; mais sa rentrée dans la cavité abdominale semblait avoir doublé le volume de cette région. Les évacuations sanguines, les onctions avec l'onguent napolitain, les fomentations émollientes, les laxatifs, furent successivement et activement employés, mais sans le moindre succès. Le malade succomba le quatrième jour à une violente entéro-péritonite. »

La commission signale dans ces deux observations des omissions qui portent sur la thérapeutique et sur l'exposition des faits, et elle se livre ensuite à l'examen critique des conclusions que l'auteur en a tirées.

Dans le premier cas qui se présente avec tous les caractères d'une hernie engouée, âge avancé du sujet, volume de la hernie, lenteur de la marche des accidents, il peut paraître regrettable qu'on n'ait pas insisté sur le taxis avec l'aide du chloroforme, et qu'on ait entièrement négligé l'emploi des antiphlogistiques et des purgatifs. D'un autre côté, l'état anatomique de la perforation, s'il avait été convenablement étudié, aurait révélé l'origine mécanique ou inflammatoire de cette perforation. Et puis, rien n'indique que l'anse, réduite sans perforation, ne se fût pas débarrassée, surtout sous l'influence des purgatifs, des matières qui la distendaient.

Le second cas, qui selon toute apparence appartient aussi à l'engouement, manque des détails les plus importants sous le rapport des signes comme des caractères nécroscopiques, qui ne sont pas même mentionnés, quoique l'autopsie semble avoir été faite. — La perforation de l'intestin eût-elle assez tôt arrêté la péritonite qui a causé la mort ?

En résumé, les deux faits eussent-ils été recueillis d'une manière irréprochable, qu'ils se prêteraient plus volontiers à une autre interprétation que celle qui s'est présentée à l'auteur, et deux faits, dans toute hypothèse, ne sauraient suffire à établir un point de doctrine de cette importance ; en outre, ils offrent de regrettables lacunes qui leur ôtent une grande partie de leur valeur. Une question de cette nature devait, d'ailleurs, être traitée avec tous les matériaux que possède la sciencc.

La commission aime, néanmoins, à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les aperçus pratiques de l'auteur, et la promptitude avec laquelle il a saisi l'enseignement que pouvait lui fournir un fait nouveau pour lui.

En conséquence, elle propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Vial ; 2° de déposer son mémoire aux archives. — Quant à la conclusion relative à la candidature de l'auteur au titre de membre correspondant, elle trouvera sa place dans l'examen des autres travaux que l'auteur a soumis à la Société. (Adopté.)

Synchisis étincelant.

M. Chassaignac présente un malade précédemment opéré de la cataracte par abaissement, et dans l'œil duquel on voit des particules brillantes dans la chambre antérieure. Suivant M. Seidl, de Vienne, qui a eu l'occasion d'examiner le malade à l'hôpital Saint-Antoine, ce que ce cas offre de remarquable, c'est le siége de ces corpuscules brillants qu'on n'avait point encore vus ni dans la chambre antérieure, ni dans l'épaisseur de l'iris, comme chez ce malade.

M. Robert. Pour ce qui est du siége dans la chambre antérieure, il y en avait déjà des exemples, et j'en ai moi-même présenté à l'Académie de Médecine, et il y en a plusieurs autres dans le dernier numéro des *Annales d'Oculistique*, où tous les éléments de cette curieuse affection se trouvent rassemblés.

Correspondance.

M. Giraldès fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *maladies du sinus maxillaire*.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 14 *mai* 1851.

Présidence de M. DANYAU.

Prothèse oculaire.

M. Seidl, de Vienne, candidat à la place de membre correspondant, lit un travail sur la *prothèse oculaire*. (Commissaires : MM. Lenoir, Monod et Giraldès.)

Hernie de l'ovaire par le canal inguinal.

M. GUERSANT. Les revers ne profitent pas moins à la science que les succès, et c'est dans cette pensée que je viens vous faire la communication suivante :

Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tumeur sans changement de couleur aux téguments, fluctuante, très mobile ; indolente jusque-là, cette tumeur était devenue le siége de douleurs assez prononcées pour rendre une opération indispensable. Les caractères que je viens d'indiquer, ainsi que les antécédents, me donnèrent la conviction qu'il s'agissait d'un kyste dont l'inflammation s'était emparée. Le resserrement de l'anneau ne me semblait pas permettre de s'arrêter à l'idée d'une hernie. J'aurais eu recours aux injections iodées ; mais la difficulté de fixer la tumeur sous la pointe du trocart rendait, selon moi, l'ablation préférable. Après l'incision successive des couches extérieures, j'arrivai à une dernière enveloppe qui figurait assez bien la tunique vaginale, et à travers la transparence de laquelle on apercevait comme un corps solide qui se déplaçait sous la pression du doigt. Cette poche ouverte, je reconnus que la petite tumeur qu'elle renfermait n'était autre chose que l'ovaire et une partie de la trompe. J'en fis l'excision, et l'examen de la pièce que vous avez sous les yeux montra qu'effectivement nous avions bien affaire à la hernie mixte dont nous venons de parler. Malheureusement une péritonite se déclara, et il fut impossible de s'en rendre maître. A l'autopsie, nous retrouvâmes au milieu de l'inflammation suppurative du péritoine les restes de l'ovaire et de la trompe excisés.

L'ovaire hernié s'était manifestement atrophié, ainsi qu'on s'en

assurait en le comparant à celui qui était demeuré dans l'abdomen.

Le résultat a été funeste; mais il l'est trop souvent dans les opérations les mieux indiquées, et je ne sais pas s'il y a pour les hernies ovariques enflammées un traitement plus convenable que celui que j'ai mis en usage.

M. Maisonneuve. J'ai rapporté dans ma dernière thèse de concours beaucoup de cas analogues, où des hommes habiles étaient tombés dans l'erreur qui a échappé à M. Guersant. Des opérations semblables à celle qu'il a pratiquée ont été faites avec succès ordinairement, mais quelquefois on a dû regretter l'opération, et ces exceptions malheureuses sont un avertissement qu'il ne faut pas perdre de vue : il ne faudrait, je crois, se décider à agir que si l'on avait la main forcée par des accidents sérieux.

M. Gosselin. Le col du sac était-il oblitéré?

M. Guersant. C'est ce qui n'a pu être nettement constaté.

M. Robert. Certainement notre collègue n'a négligé aucun des éléments du diagnostic; sans doute que les signes que je vais rappeler étaient masqués ou obscurcis par quelque condition locale; car, s'ils avaient été saisissables, ils auraient pu, ce me semble, mettre sur la voie. Quelques éclaircissements me paraissent ici nécessaires. Y avait-il un pédicule à la tumeur? a-t-on cherché à le reconnaître? Son existence bien établie eût fourni une donnée importante. L'absence de la transparence eût également inspiré des doutes sur la nature liquide de la tumeur. Enfin, les kystes n'offrent pas en général cette sensibilité excessive; ils ne deviennent pas le siége de douleurs qui forcent à une opération.

M. Guersant. J'avouerai que l'extrême mobilité de la tumeur, qu'on pouvait aisément faire descendre jusqu'au fond de la grande lèvre et remonter jusqu'à l'anneau, en me donnant l'idée d'un kyste isolé de toutes parts, m'a peut-être éloigné des recherches propres à constater l'existence d'un pédicule. Cependant, bien que mon attention ne fût pas spécialement fixée sur ce point, si je n'ai pas reconnu ce pédicule dans les explorations variées auxquelles je me suis livré, peut-être me serait-il permis de supposer que la disposition des parties le dérobait à mon examen. Quant à la transparence, les connexions de la tumeur empêchèrent de la placer dans des conditions favorables à la perception de ce signe, en sorte que

son absence ne pouvait avoir pour nous aucune valeur. Reste la sensibilité de la tumeur, qui était douloureuse à la pression; mais est-ce que ce symptôme ne se retrouve pas dans un kyste enflammé ?

M. Chassaignac. Je crois qu'une fois le péritoine ouvert, l'extirpation de l'ovaire devait être faite; mais, si l'ovaire avait été reconnu avant l'ouverture du péritoine, il me semble qu'il eût été préférable de détruire l'ovaire avec le caustique de Vienne.

M. Guersant. Dans l'hypothèse dont vient de parler M. Chassaignac, je me serais comporté comme lui; mais le cas était différent, et j'ai dû agir différemment.

M. Larrey. « Le fait intéressant et malheureux que vient de nous communiquer M. Guersant avec une si honorable bonne foi l'a conduit à une proposition pratique dont la Société de Chirurgie ne saurait, je crois, adopter le principe. Mais ce n'est pas sur la question seule de la déviation de l'ovaire que je demande à expliquer ma pensée, puisque je suis dépourvu d'expérience spéciale à cet égard; c'est de la question assimilable à celle-là que je veux parler, à savoir : de la déviation du testicule, dont j'ai eu occasion d'observer quelques exemples. M. Guersant lui-même a établi cette comparaison, justifiée du reste par l'analogie.

» Or, si les anomalies du siége de l'ovaire sont plus rares que celles du testicule, les unes et les autres peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic d'autant plus regrettables, qu'elles entraîneraient plus promptement le chirurgien à des opérations incertaines ou dangereuses; et les résultats en seraient plus fâcheux encore si, le diagnostic étant mieux établi, on persistait à sacrifier un organe que l'on aurait pu conserver.

» Que l'on admette en effet, dans des cas donnés, l'analogie de certains signes physiques ou physiologiques entre le déplacement du testicule et celui de l'ovaire, sans altération pathologique, analogie, par exemple, de volume, de consistance, de mobilité, de gêne, de douleur. Admettra-t-on pour cela le principe de l'extirpation dans l'un et l'autre cas? Non assurément. Il faudrait, pour en venir à cette conclusion, que l'organe dévié fût en même temps atteint de dégénérescence ou d'une lésion reconnue incurable par toute autre méthode de traitement. Il faudrait au moins que la réductibilité ou la restitution en place fût absolument impossible, par

l'oblitération complète de communication ou par la formation d'adhérences préservatrices de la péritonite.

» Hors de telles conditions, la plus grande réserve semble indiquée, parce qu'il n'y a en définitive aucun danger à supporter la gêne produite par un organe dont la déviation n'est pas toujours persistante, et dont l'extirpation peut devenir mortelle. »

M. Lenoir. Pour montrer jusqu'à quel point le diagnostic de la hernie de l'ovaire peut être difficile, il suffit de se rappeler ce cas rapporté par Pott, où l'opération fut entreprise sans que le chirurgien fût fixé sur la nature de la tumeur. Dans ce cas, les deux ovaires furent enlevés, et la malade guérit. Je citerai un autre fait que j'ai observé moi-même. Il y avait dans l'aine une tumeur irréductible, avec constipation, vomissement, tous les symptômes d'une entérocèle étranglée, et ce fut en effet le diagnostic qui fut porté par M. Marjolin lui-même. Un lavement de tabac fut prescrit; on se trompa sur la dose, et la mort eut lieu par un véritable empoisonnement.

A l'autopsie, on s'assura que la tumeur était formée par l'ovaire contenant plusieurs kystes séreux. Dans le cas de M. Guersant, une fois le péritoine ouvert et l'ovaire reconnu, j'aurais réduit, après avoir débridé si cela avait été nécessaire, au lieu de pratiquer l'extirpation de l'organe, ce qui n'est ni sans inconvénients, ni sans danger.

M. Morel-Lavallée. Il y a, en effet, bien des points obscurs dans la hernie de l'ovaire, même pour les symptômes qui paraissent, au premier abord, les plus faciles à constater. Ainsi M. P. Verdier a noté le gonflement de l'ovaire hernié à chaque époque menstruelle, et ce caractère lui a suffi pour établir le diagnostic, qui, il est vrai, ne fut pas vérifié par l'autopsie. J'ai cru récemment reconnaître au même signe la même hernie; la tumeur de l'aine était globuleuse, inégale, se gonflant à chaque époque. Le toucher établissait que le fond de l'utérus était entraîné du côté correspondant. Le cas paraissait assez net; cependant il me restait du doute, et je voulus revoir plusieurs fois la malade. Plus tard, ayant eu l'idée d'examiner l'autre aine, j'y trouvai une tumeur analogue qui présentait périodiquement les mêmes variations de volume. Le sujet était lymphatique, et je ne sais encore aujourd'hui s'il ne s'agissait point tout simplement d'un engorgement sympathique des ganglions

inguinaux, qui participaient, par voisinage, à la congestion utérine. Je dois ajouter que, contrairement à celle de M. Guersant, les tumeurs étaient comme sessiles et très peu mobiles.

Au point de vue du traitement, l'opinion de M. Lenoir me paraît d'autant plus fondée, que Lassus avait déjà suivi cette pratique avec succès. Chez une petite fille, Lassus trouva l'ovaire dans un abcès inguinal; à l'aide d'une douce compression exercée par l'appareil, la réduction s'opéra graduellement, et la guérison était complète au bout d'une quinzaine de jours. L'auteur ne dit point s'il débrida ou non; mais si la réduction n'était possible qu'à cette condition, il me semble qu'il faudrait débrider, surtout si les adhérences de l'ovaire aux tissus ambiants étaient nulles ou peu marquées.

M. Guersant. La poche séreuse me parut fermée du côté du ventre, et c'est ce qui m'éloigne de toute tentative de réduction.

M. Lenoir. C'est qu'au milieu des préoccupations de l'opération, vous avez oublié le col du sac, qui, selon toute probabilité, était libre.

Ouverture des kystes de l'ovaire dans la trompe utérine.

M. Richard lit un mémoire sur la communication de certains kystes de l'ovaire avec l'intérieur des trompes utérines. De cinq pièces qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans l'espace de deux mois, il en présente trois qui montrent tous les degrés de ce point d'anatomie pathologique, lequel doit avoir une application directe à la pratique. Dans l'une, c'est le début : l'ovaire a conservé presque tous ses caractères, seulement il est plus volumineux, et tout son centre est occupé par un kyste naissant. Ce kyste, en dehors, s'ouvre par un orifice arrondi dans l'intérieur de la trompe médiocrement distendue dans sa moitié externe. En ouvrant les parties, il est facile de voir ce premier rétrécissement du calibre de l'oviducte représentant son orifice abdominal, et enfin l'abouchement même entre l'ovaire et l'hydropisie tubaire, qui n'est autre que le pavillon lui-même, dont les franges sont agglutinées par une formation pseudo-membraneuse.

La maladie, à sa période moyenne, est représentée par les deux autres pièces, dont l'une a été laissée intacte pour qu'on pût mieux juger de la communication. — Autour d'un kyste évidemment ova-

rique, puisque la glande ovarienne fait partie de ses parois, s'enroule la trompe pleine de liquide dans sa moitié externe. A l'ouverture des deux kystes, on constate la même communication s'effectuant toujours par cet orifice arrondi, à bords tranchants, pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et qui n'est autre que l'orifice tubaire avec son pavillon.

M. Richard, comme complément de ces faits, cite plusieurs observations empruntées aux auteurs, et qui prouvent que des hydropisies des trompes peuvent s'ouvrir dans l'utérus, et il en conclut que de cette manière certains kystes de l'ovaire peuvent se vider par les voies génitales externes au moyen des oviductes.

M. Richard pense que cette particularité remarquable des kystes ovariques doit être fort commune. En tout cas, elle est, pour ainsi dire, un résultat de l'évolution physiologique de l'appareil tubo-ovarien. A chaque époque menstruelle, une vésicule de Graefe se vide, la trompe embrasse l'ovaire à son niveau; la vésicule se crève; si elle continue de croître, on a précisément la maladie sur laquelle M. Richard appelle l'attention de la Société. (Commissaires : MM. Monod, Maisonneuve et Huguier.)

Épanchement de sang derrière l'utérus.

M. Monod. Cette lésion, dont M. Nélaton a publié plusieurs cas, a été récemment prise pour sujet de thèse par un élève de l'école de Paris. Je viens vous en soumettre un nouvel exemple. Une tumeur se prononce à la face postérieure du col utérin; bientôt elle devient fluctuante, le ventre se ballonne; deux ponctions sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et elles donnent issue à un liquide sanguinolent. La malade a succombé, et l'on a pu constater, ainsi que vous le voyez sur cette pièce, que le foyer sanguin était situé derrière le col de la matrice, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Nélaton. Ce sont de véritables kystes sanguins; mais il est bien difficile de déterminer s'ils siégent sous le péritoine ou s'ils sont circonscrits par des adhérences à la face interne de cette membrane.

J'ai observé six fois cette affection. Ce que j'ai noté au point de vue étiologique, c'est qu'elle se déclare après la puberté et avant l'âge critique, ni avant l'apparition des règles, ni après la suppres-

sion de cette fonction. Dans tous les cas, le développement de la maladie a été précédé par des troubles dans la menstruation. Les symptômes sont assez variables : ce sont des douleurs pendant les époques : tantôt l'interruption de l'écoulement périodique, tantôt sa durée excessive que j'ai vue aller à cinq ou six semaines et constituer ainsi une véritable perte. La tumeur, qui se forme derrière le col de la matrice, se prononce dans le cul-de-sac vagino-rectal, peut remonter jusqu'à l'ombilic et s'étendre latéralement dans les fosses iliaques. Elle contient un liquide sanguinolent de la consistance de la mélasse, et quelquefois des caillots plus ou moins volumineux. J'ai observé, comme je viens de le dire, six fois cette affection. Chez une malade, la ponction seule amena la guérison. Chez deux autres, elle fut insuffisante, la poche ne se vidait pas complétement; je fus obligé d'en agrandir l'ouverture avec le lithotome, et, en introduisant le doigt dans le kyste, j'en fis sortir des caillots assez considérables. Dans ces deux cas, il y eut quelques accidents de péritonite et d'infection purulente, auxquels les malades eurent le bonheur d'échapper. Chez deux autres femmes, l'épanchement s'est ouvert dans le rectum, comme M. Marotte l'a vu, de son côté, une fois, et la guérison ne se fit pas attendre. Enfin, dans un cas, la tumeur a disparu par absorption, ainsi que M. Charrier en a également rencontré un exemple.

Il résulte de ces faits qu'il ne faut recourir à la ponction que lorsqu'on ne peut plus compter sur l'absorption, que l'incision offre des dangers sérieux, et qu'on ne doit employer l'instrument tranchant que dans le cas d'absolue nécessité. Un autre accident des plus graves peut en être la conséquence, ainsi que l'a vu M. Malgaigne. Dans un cas où la disposition des parties ne permettait pas de distinguer exactement le siége du kyste, cet habile chirurgien, croyant avoir affaire à une tumeur située dans l'épaisseur même de la lèvre postérieure du col utérin, incisa cette lèvre et pénétra ainsi dans le foyer sanguin. Une artère d'un notable calibre avait été ouverte, et des hémorrhagies répétées entraînèrent une issue funeste. Il faut conclure de ce qui précède que la médecine opératoire doit agir ici avec une grande réserve.

Élimination d'un calcul par le périnée.

M. Maisonneuve présente un calcul extrait du périnée d'un homme

qui, depuis qu'il a subi l'opération de la taille latéralisée, a vu se former ainsi deux concrétions. La première fois, il avait été débarrassé par M. Michon; les parties molles extérieures étaient intactes, tandis que M. Maisonneuve est arrivé au dernier calcul par une fistule. Ce fait rappelle ceux de Louis et de Ledran, où les pierres périnéales succédaient également à la taille.

Correspondance.

M. Gosselin fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *pansements rares.*

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 22 *mai* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Suite de la discussion sur les épanchements sanguins du petit bassin et sur leur traitement.

M. Robert. L'histoire des épanchements de sang qui se forment dans le bassin et au voisinage de l'utérus est encore trop peu connue pour que la communication de M. Monod ne doive pas exciter vivement l'intérêt de la Société de Chirurgie. Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait des faits sur cette question. Depuis M. Récamier, qui, le premier je crois, a signalé les tumeurs de cette espèce et en a institué le traitement, plusieurs observations en ont été publiées par M. Velpeau (*Recherches sur les cavités closes*), par M. Bourdon (*Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin*), et plus récemment enfin par M. Nélaton et par M. Viguès, à qui l'on doit une bonne thèse sur ce point de pathologie.

On aurait tort de croire que ces épanchements se produisent constamment derrière l'utérus. Il n'est pas très rare d'en observer sur le côté et dans l'épaisseur des ligaments larges : on trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1850) une observation recueillie par M. Piogey, dans laquelle la collection hématique occupait le côté droit du bassin et avait considérablement refoulé l'utérus dans le sens opposé. Sur la pièce présentée par M. Monod, le

sang est disséminé tout autour de l'utérus. Enfin, il s'épanche quelquefois dans l'épaisseur même du tissu de cet organe.

Sous quelle influence se produisent les désordres dont il s'agit? C'est ce que l'on ignore à peu près complétement. Leur apparition coïncide en général avec des troubles de la menstruation, surtout avec la dysménorrhée; il semble vraiment que ce soient des déviations, des aberrations du molimen hémorrhagique, dont la face interne de l'utérus est le siége à l'état normal.

D'après le petit nombre de faits que j'ai observés, ces collections sanguines se développeraient souvent par périodes successives et seraient la conséquence de raptus sanguins répétés à diverses époques menstruelles. Aussi y trouve-t-on le sang à divers états de condensation depuis les concrétions fibrineuses solides jusqu'à la consistance du sang liquide et récemment épanché. J'ai en 1847 vidé par ponction une de ces tumeurs contenant plus de 1,200 grammes de sang liquide : je reviendrai bieutôt sur ce fait.

Lorsque ces hématocèles sont peu volumineuses, et surtout lorsqu'elles font saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, elles peuvent simuler des déviations, des rétroflexions de l'utérus. Cependant, il est un moyen sûr d'éviter l'erreur : c'est le cathétérisme de l'utérus pratiqué avec toutes les réserves et précautions que réclame une exploration aussi délicate : si le cathéter se dirige en haut, dans le sens de l'axe de la cavité de l'organe, on peut être certain que celui-ci est étranger à la tumeur. Il est une lésion au moins aussi fréquente que l'hématocèle et que, dans l'état actuel de nos moyens d'investigations, on ne saurait, je pense, distinguer d'avec cette maladie, c'est l'inflammation phlegmoneuse et suppurative du tissu cellulaire placé autour de l'utérus. Celle-ci se manifeste souvent à la suite des mêmes causes que l'hématocèle : souvent elle se forme d'une manière lente, successive, sans provoquer de douleur ou de réaction générale. La tumeur est circonscrite et diffère assez peu de celles dont nous nous occupons pour que le diagnostic différentiel en soit presque impossible.

Heureusement cette incertitude du diagnostic influe peu sur le traitement, lequel doit consister, dans toute hypothèse, à évacuer le liquide contenu dans la tumeur. C'est toujours par le vagin qu'il faut agir en pareil cas. On peut recourir soit à la ponction, soit à l'incision. La ponction se pratique avec un long trocart courbe.

M. Récamier emploie quelquefois un long instrument large, plat et recourbé, semblable au pharyngotome. La ponction me paraît devoir toujours être préférée à l'incision, surtout au début du traitement, par les considérations que voici : l'incision peut donner lieu à la lésion d'artères assez volumineuses. Dans un cas d'hématocèle rétro-utérine, j'ai senti sur la partie la plus saillante de la tumeur les battements d'une artère qui m'a paru grosse comme la radiale et dont la blessure aurait pu donner lieu à de graves accidents si on avait incisé sur ce point. La ponction faite avec le trocart permet d'éviter plus sûrement la lésion des artères.

Un autre avantage de ce mode opératoire est le suivant :

Lorsque l'épanchement de sang est très considérable, il peut être dangereux de le vider immédiatement et en entier. On peut, une fois la canule introduite dans le foyer, ne faire écouler qu'une partie du sang et laisser l'instrument en place en le bouchant. Le lendemain et les jours suivants, on achève peu à peu de vider le foyer. En 1847, je fus appelé par M. le docteur Lalourcey près d'une jeune femme qui, depuis trois jours, était en proie à d'intolérables douleurs de bas-ventre. A la suite de dérangements dans la menstruation survenus trois mois auparavant, une tumeur douloureuse s'était manifestée à l'hypogastre ; cette tumeur s'était accrue lentement d'abord, mais depuis trois jours les progrès en avaient été rapides; il s'y était joint des douleurs expulsives très violentes, des accidents nerveux comme hystériques et un grand état de faiblesse. Je fus frappé d'abord du volume de la tumeur, qui s'élevait presque à la hauteur de l'ombilic; puis, au moyen du toucher vaginal, je constatai qu'elle proéminait fortement aussi dans le bassin et qu'elle refoulait en avant l'utérus, dont le col était très petit. Il s'écoulait par la vulve un peu de sang noir analogue au sang des règles. Le spéculum me permit de reconnaître que ce suintement sanguin provenait de l'intérieur de l'utérus.

Avant de rien tenter je voulus savoir quelle part l'utérus pouvait prendre à la formation de cette tumeur. Dans ce but j'introduisis avec précaution une petite sonde de gomme élastique dans la cavité de l'organe. L'instrument y pénétra sans difficulté à la profondeur de quatre travers de doigt environ, et me donna ainsi la certitude que l'utérus, étranger à la tumeur, était seulement re-

foulé par elle, et qu'il se trouvait d'ailleurs dans un état complet d'intégrité.

Je pratiquai immédiatement la ponction par le cul-de-sac postérieur du vagin; il s'échappa par la canule du sang noir, liquide, et sans odeur; j'en retirai d'abord 750 grammes. La malade fut beaucoup soulagée; mais son grand état de faiblesse me fit craindre de prolonger l'évacuation. Je bouchai donc la canule avec un petit fausset, et la fixai au moyen de deux sous-cuisses. Le lendemain et le surlendemain je retirai chaque fois plus de 100 grammes de sang.

Plus tard, ce vaste foyer que j'avais ouvert et vidé, devint le siége d'une inflammation de mauvaise nature, et mit la malade en grand danger. Cependant je parvins à conjurer les accidents par de fréquents lavages, au moyen de la canule que je laissai en place vingt-quatre jours. La malade s'est complétement rétablie, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Ainsi, pour me résumer, on voit que dans cette observation la ponction de la tumeur a été d'une exécution facile et sûre; qu'elle a permis de n'évacuer le sang que par degrés et d'après l'état des forces de la malade. Lorsque les accidents inflammatoires sont survenus, et que le sang altéré par le contact de l'air est devenu fétide, j'ai pu, en laissant la canule à demeure dans le foyer, y pousser facilement des injections désinfectantes.

Il est des cas, j'en conviens, où la ponction ne présente pas les mêmes avantages; c'est lorsque le sang, au lieu d'être resté fluide, est plus ou moins concret. Evidemment il faut inciser le foyer dans une étendue suffisante pour donner issue aux caillots. La ponction, employée au début, n'est plus qu'un moyen explorateur; cependant elle est utile encore, parce qu'elle sert de base aux indications thérapeutiques.

M. Huguier a eu souvent occasion d'observer ce genre de tumeurs. Il présentera prochainement un travail sur ce sujet. Ce sur quoi il appelle l'attention aujourd'hui, c'est la présence d'une artère située dans l'épaisseur du col à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen; elle a le volume d'une plume de corbeau et peut facilement être intéressée dans certaines manœuvres opératoires; l'hémorrhagie qu'elle fournirait serait d'autant plus difficile à

arrêter, qu'elle est entourée d'un tissu rigide qui ne permet point aux parois de ce vaisseau de revenir sur elles-mêmes.

M. Maisonneuve, tout en admettant les notions anatomiques énoncées par M. Huguier, ne partage pas les craintes de notre confrère quant à l'hémorrhagie que pourrait fournir le vaisseau en question s'il était intéressé; à plusieurs reprises il a divisé complétement le col utérin; il l'a vu diviser par M. Récamier, et il n'a point eu d'hémorrhagie grave; d'ailleurs, ajoute M. Maisonneuve, une cautérisation bien faite avec le fer rouge mettrait toujours fin à cet accident.

M. Huguier, revenant sur le fait anatomique énoncé plus haut, explique l'absence d'hémorrhagie par la section transversale du col à la façon de M. Récamier. On sait en effet que ce professeur n'incise le col à droite et à gauche que dans une petite étendue, et qu'il termine la section complète de cet organe par la déchirure.

M. Danyau. Comme les chirurgiens ne sont point d'accord sur le siége précis de ces tumeurs sanguines, il importe, au point de vue théorique et pratique, que la pièce présentée par M. Monod soit examinée avec soin. Il est un signe pathognomonique donné par M. Nélaton, et qui consiste dans une coloration bleuâtre de la partie du vagin en rapport avec la tumeur; si ce signe est constant, il serait de nature à faire cesser les doutes et les incertitudes de quelques chirurgiens lorsqu'il s'agit du diagnostic de ces affections.

De l'exostose médio-palatine comme symptôme de la syphilis constitutionnelle.

M. Chassaignac revient sur la présentation de deux femmes qu'il a faite dans la précédente séance. Ces deux femmes étaient toutes deux affectées de syphilis constitutionnelle (accident tertiaire), l'une portant des exostoses sur plusieurs parties du corps, et l'autre des périostoses au-devant des tibias. Sur ces deux femmes on constatait bien manifestement une exostose médio-palatine. Il y a quelques années, ajoute M. Chassaignac, que j'ai attiré l'attention des médecins sur l'importance de cette exostose; MM. Cullerier et Ricord ont contesté la valeur de ce signe. Je profite de l'occasion de ces deux malades pour fixer de nouveau l'attention sur ce point.

M. Huguier a été frappé de la présence de l'exostose médio-palatine chez les syphilitiques; seulement il ne croit pas que toujours

cette saillie soit due à une exostose, elle dépend souvent d'une périostose, laquelle disparaît par un traitement convenable, ce que l'on n'obtient pas avec l'exostose.

De la paralysie musculaire survenant à la suite des luxations scapulo-humérales.

M. Chassaignac parle d'un malade qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, a eu une luxation de l'humérus; cette luxation fut réduite par le procédé de White. Quatre jours après, on constate une paralysie du nerf circonflexe et du nerf radial. Les paralysies consécutives aux luxations de l'humérus étant fréquentes, il y a lieu de se demander si elles sont primitives, dépendantes de la luxation elle-même, ou dépendantes des efforts de réduction.

M. Robert a été frappé aussi de la fréquence de ces lésions nerveuses à la suite des luxations de l'épaule; sur 12 cas de cette espèce de luxation, il a constaté 5 paralysies. Il se demande aussi si cela ne tiendrait point aux méthodes de réduction généralement employées. Quant à lui, il ne le croit pas; il a actuellement dans son service un malade dont la luxation a été réduite par le procédé le plus simple, le procédé de Lacour, et cependant il existe une paralysie rebelle. Suivant M. Robert, le plus souvent ces luxations sont primitives; elles dépendent de la violence qui a produit la luxation.

M. Gosselin. Il a été publié l'année dernière une thèse intéressante sur ce sujet, elle est de M. Empis; dans ce travail se trouve un fait qui a été observé par M. Gosselin. La paralysie était survenue en même temps que la luxation. Le fait avait été constaté avant toute tentative de réduction. C'est là un point de pathologie fort obscur. M. Empis a cherché à se rendre compte de certains faits dans lesquels on a observé une paralysie du mouvement avec conservation du sentiment; suivant lui, ces faits doivent être rapportés à une lésion encore inconnue du système nerveux. Toutefois, ajoute M. Gosselin, ce serait une erreur de croire que les paralysies du membre supérieur ne se lient qu'à la luxation scapulo-humérale; il a vu des paralysies diverses survenir à la suite de contusions simples des membres.

M. Chassaignac n'a point été plus heureux que ses collègues dans le traitement de ces paralysies, malgré la multiplicité des moyens

employés. Il se demande, en raison de la persistance de ces paralysies, si des racines nerveuses du sentiment et du mouvement n'auraient point été arrachées, comme cela résulte des faits rapportés par Flaubert, de Rouen.

M. Maisonneuve dit que depuis quelques années il a été amené, par la fréquence des accidents qui surviennent à la suite des luxations de l'humérus, à les considérer comme graves; en effet, on n'observe pas seulement des accidents nerveux à la suite de ces luxations, l'arrachement de la grosse et de la petite tubérosité de l'humérus a été observé, ainsi que certaines ruptures musculaires. Dans un cas, il a vu survenir une double ankylose à la suite d'une double luxation de l'humérus. Quant aux lésions nerveuses, elles ne sont pas seulement liées aux luxations; une contusion, une commotion, une distension peuvent amener des paralysies rebelles. Grâce au chloroforme, qui permet de réduire les luxations avec une grande facilité, on ne verra plus de paralysie survenir à la suite de tractions violentes exercées sur les membres luxés quand les agents anesthésiques étaient inconnus.

M. Morel, dans la thèse qu'il a eu à soutenir tout récemment sur les luxations compliquées, n'a pu trouver que trois cas de luxations de l'épaule compliquées de paralysie constatée avant toute tentative de réduction. Un de ces faits est dû à Desault; un autre au docteur Brelew; le troisième à M. Empis. Il reste encore beaucoup de recherches à faire sur ce sujet.

M. Denonvilliers insiste sur l'importance de la question. Dans certains cas, il n'est pas douteux que la paralysie est consécutive au déplacement de l'humérus; mais souvent la contusion seule a produit des désordres semblables, et il a eu occasion d'observer cinq ou six fois des paralysies suite de contusion des membres.

A propos de ces paralysies partielles suite de lésions physiques, M. Denonvilliers a constaté qu'elles sont toujours du mouvement, tandis que les paralysies partielles hystériques sont toujours du sentiment.

M. Larrey. D'après l'observation de quelques cas de paralysie à la suite de luxations scapulo-humérales, je serais porté à l'attribuer aussi à la luxation *plutôt qu'à la réduction*, en raison de l'accident lié d'ordinaire à la lésion principale; à savoir, la contusion. En effet, la paralysie du mouvement qui complique à divers degrés la

luxation me paraît devoir être d'autant plus prononcée que l'attrition nerveuse et musculaire aura été plus forte, tandis que cette attrition est assez faible, et souvent nulle, dans les efforts de réduction même les plus prolongés.

Resterait à savoir si les tractions exercées sur le membre démis ne peuvent pas distendre les nerfs et les fibres musculaires au point de paralyser les mouvements. C'est ce qu'une observation attentive pourrait seule démontrer. Mais aujourd'hui que l'anesthésie facilite et simplifie la réduction de la plupart des luxations récentes, ce moyen servira précisément à faire reconnaître si la paralysie ne dépend point, dans la plupart des cas, non de la réduction, mais de la luxation.

L'expérience, du reste, en décidera, en permettant, plus tard, d'assigner à ce genre de paralysie traumatique, si souvent difficile à guérir, une place mieux définie parmi les complications de luxations contuses.

M. Demarquay. On ne peut nier que le chloroforme ne rende de grands services dans la réduction des luxations; cependant l'anesthésie n'a point vaincu toutes les difficultés; souvent le chirurgien se trouve arrêté. Tout récemment, j'ai fait des tentatives de réduction d'une luxation du pouce en arrière; et malgré l'insensibilité la plus complète et la plus absolue, je ne suis parvenu à réduire qu'à la troisième tentative.

M. Chassaignac. Dans l'anesthésie appliquée à la réduction des luxations, il ne faut pas confondre les degrés qu'elle peut présenter. En effet, dans le premier degré, on a bien l'insensibilité, mais il existe une contractilité musculaire tellement grande, qu'il faut multiplier les efforts pour réduire une luxation. On ne doit pratiquer la réduction que dans la période de colapsus.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 28 *mai* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Huguier, à propos de ce dernier, remplissant la promesse qu'il avait faite dans la séance précédente de s'occuper des tumeurs sanguines du petit bassin, s'exprime de la manière suivante :

Ces tumeurs sont situées à la partie inférieure de la cavité abdominale entre l'utérus et le rectum et entre le péritoine et le cul-de-sac vaginal, ou encore dans la partie inférieure du péritoine.

Ces tumeurs ont reçu des noms variés, tels que ceux de tumeurs sanguines du petit bassin, tumeurs sanguines du cul-de-sac péritonéal, kystes sanguins, trombus, bématocèle, etc.

La connaissance de ces tumeurs sanguines est assez ancienne; Ruysch, dans ses observations anatomo-pathologiques, en rapporte un exemple.

En 1693, les Actes des érudits de Leipsick en signalent un nouvel exemple.

On trouve encore cette maladie mentionnée dans le journal de Hufeland pour 1818.

Depuis, en France, on s'est beaucoup occupé de cette maladie: M. Deneux d'abord, dans son *Mémoire sur le trombus du vagin et de la vulve après l'accouchement*, a rapporté des faits qui appartiennent bien manifestement à la maladie qui nous occupe. M. Récamier en 1831 et M. Bourdon en 1841 ont appelé l'attention des médecins sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin, et parmi les faits consignés par ces auteurs il en est quelques-uns qui ont trait aux tumeurs sanguines du petit bassin. Dugès et Boivin ont publié des faits analogues. Tout récemment, M. Bernutz, dans un mémoire ayant pour titre : *Des accidents produits par la rétention du flux menstruel*, a rapporté des observations propres à éclairer l'histoire de la maladie qui nous occupe. Enfin, MM. Piedagnel, Laugier, Beau, Nélaton, Juteau, Piogey et Viguès, qui vient de publier une thèse ayant pour titre : *Des tumeurs de l'excavation pelvienne chez la femme*, ont publié des faits que j'invoquerai pour faire l'histoire succincte des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne.

Ces hématocèles ne peuvent point être décrites d'une manière générale, car elles sont souvent distinctes par leur siége, *leurs causes, leur marche, leurs symptômes et leur pronostic et même leur traitement.*

Malgré ces différences, ces tumeurs sanguines ont cependant des caractères communs : 1° d'être formées par du sang épanché liquide ou coagulé; 2° d'offrir une certaine analogie symptomatique due aux connexions étroites, vasculaires, nerveuses, celluleuses,

séreuses, qui unissent l'utérus et ses annexes aux organes pelvi-abdominaux. Nous prendrons comme base de classification de ces tumeurs leur siége anatomique et le point de départ de la maladie; en effet, l'étiologie et la symptomatologie ne sont pas dans cette circonstance assez fixes pour que nous les prenions comme moyen de classification. Ces épanchements sanguins présentent deux grandes classes :

1° Les uns sont placés au-dessous du péritoine dans le tissu cellulaire compris entre l'utérus et le rectum et le cul-de-sac péritonéal et vaginal;

2° Les autres sont situés dans l'un des annexes de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal ou dans un des replis de cette membrane séreuse.

Première classe. — Cette première classe renferme donc toutes les tumeurs sanguines situées dans le tissu cellulaire compris entre le rectum, le vagin, l'utérus et le cul-de-sac péritonéal; elles peuvent disséquer plus ou moins loin les parois du vagin, occuper le tissu cellulaire qui entoure latéralement cet organe. C'est à cette classe des tumeurs que doivent être rapportés les faits de MM. Récamier, Bourdon, Beau, Nélaton, la deuxième observation de M. Viguès et un cas inséré dans le mémoire de M. Deneux.

Les causes sont prédisposantes ou déterminantes; les premières sont : l'existence d'un plexus veineux que l'on rencontre dans cette région, la congestion menstruelle ou sexuelle, les grossesses répétées et la dilatation variqueuse des veines; les secondes sont : les fausses couches, les efforts violents et les excès de copulation. (M. Huguier cite à ce propos l'histoire d'un homme qui eut une ecchymose de tout le scrotum à la suite d'excès dans l'acte vénérien.) Sous l'influence de ces excitations diverses, le sang se porte avec force vers la partie inférieure de l'utérus, et c'est alors que l'on voit se former les tumeurs qui nous occupent. Peut-être que du sang accumulé dans un des ligaments larges pourrait se porter dans l'endroit que nous signalons et former là une tumeur. Les faits manquent à l'appui de cette hypothèse.

Parmi les signes nombreux qui caractérisent ces tumeurs, la plupart appartiennent également aux hématocèles du cul-de-sac péritonéal, à l'exception cependant de la coloration violacée du va-

gin, qui se trouverait seulement dans la classe des tumeurs que nous étudions maintenant.

La deuxième grande classe des tumeurs sanguines du bassin dont nous allons nous occuper est de beaucoup la plus importante; elle est surtout liée à un trouble survenu dans les fonctions génitales de la femme. Elle comprend plusieurs variétés que nous allons passer rapidement en revue.

La première espèce, qui n'est qu'une pseudo-bématocèle, dépend surtout d'une grossesse extra-utérine arrêtée à un ou deux mois de conception. J'ai eu occasion de voir deux tumeurs développées dans le cul-de-sac péritonéal et dont l'origine bien évidente remontait à une grossesse extra-utérine; dans un cas, l'autopsie a démontré le produit de la conception; dans l'autre, après une ponction faite convenablement, mais suivie d'imprudence de la part de la malade, il est survenu uue violente inflammation de la poche et bientôt celle-ci s'est vidée en laissant écouler les débris d'un fœtus.

La seconde espèce, comprenant plusieurs variétés, est surtout formée par la rétention du sang menstruel dans les cavités génitales ou le cul-de-sac péritonéal recto-vésical. Les causes prédisposantes sont les congestions utérines arrivant à des époques déterminées, les grossesses multipliées qui développent les veines du bassin et de l'utérus, les excitations vénériennes. Les causes déterminantes sont les troubles apportés dans l'accomplissement régulier de la menstruation, un obstacle survenu à l'écoulement des menstrues par suite d'un rétrécissement ou d'une oblitération du col. Le sang ainsi retenu dans les organes génitaux peut être accumulé dans les trompes : MM. Récamier, Bourdon, Bernutz, Piogey et moi avons constaté la présence de tumeurs sanguines dans le point que nous venons d'indiquer. C'est là une première variété de la seconde classe de nos tumeurs. Dans une seconde variété, le sang est épanché dans les trompes et dans la cavité péritonéale. Le fait rapporté par Hufeland en 1819, la première observation de M. Bernutz doivent être rangés dans cette catégorie.

Une troisième variété comprend celles de ces hématocèles qui sont formées par la rupture des vaisseaux ovariques ou utérins; c'est surtout chez les femmes enceintes qu'on les observe. M. Marjolin a signalé un fait de ce genre.

Il pourrait encore exister une quatrième variété : elle serait for-

mée par les kystes sanguins formés par exhalation sanguine à la surface péritonéale de l'utérus par dérivation du flux menstruel et comme hémorrhagie supplémentaire.

Ceci une fois établi, nous pouvons constater la différence que présentent ces deux classes de tumeurs.

Sous le rapport du siége, nous avons déjà fait remarquer la différence capitale, puisque c'est cette différence qui a servi de base à notre classification. Le mécanisme, les antécédents et les causes sont aussi à noter. Ainsi, tandis que les premières tiennent soit à l'accouchement, soit à une exagération des fonctions génitales, les secondes, au contraire, trouvent leur source dans l'accomplissement vicié des fonctions des organes génitaux de la femme, dans des rétrécissements de ces derniers et dans des grossesses extra-utérines.

Les signes à l'aide desquels on reconnaît ce genre d'affection sont presque communs aux deux genres de tumeurs que nous avons admis ; dans l'une et l'autre classe, la tumeur plus ou moins volumineuse se fait sentir dans le vagin, entre l'utérus et le rectum ; l'utérus est fortement déplacé, suivant le volume de la tumeur. Celle-ci est plus ou moins fluctuante ; quelquefois elle dépasse la symphyse des pubis, et la palpation abdominale, secondée de la palpation vaginale et rectale, permet de constater la fluctuation, ainsi que l'étendue du mal. L'exploration de la cavité utérine ne démontre rien d'anormal de ce côté, si ce n'est une exhalation sanguine par la face interne de cet organe, comme cela a été observé par MM. Nélaton et Robert. Des phénomènes généraux, des troubles fonctionnels peuvent encore compliquer la symptomatologie de ces tumeurs. Quelques signes peuvent faire reconnaître les tumeurs de la première classe de celles de la seconde ; aussi celles que nous avons décrites tout d'abord présentent une coloration vaginale spéciale, sur laquelle nous avons insisté ; elles n'exposent point à la péritonite, comme les secondes ; en conséquence, leur pronostic est moins grave ; elles laissent, de plus, après la cicatrisation, un point dur situé à la partie postérieure et supérieure du vagin.

Le traitement de ces tumeurs doit consister dans une ponction évacuatrice, dans une incision, au besoin dans l'emploi d'injections convenablement faites. Tout cela sera secondé par le régime des affections aiguës. Lorsque la tumeur sera le résultat d'un trouble

du côté de la menstruation, le chirurgien aura à s'en occuper; il fera disparaître les obstacles qui pourraient troubler cette fonction, en même temps que, par un traitement médical convenable, il favorisera l'accomplissement régulier de la menstruation.

M. Lenoir regrette que M. Huguier n'ait point fait une lecture au lieu d'un discours, dans lequel l'orateur n'a pas formulé son opinion d'une manière nette et précise; il a confondu des choses distinctes dans la science et dans la nature. Les trombus peuvent avoir un autre siége que la vulve; on en a trouvé dans les parois du vagin. M. Deneux et Nægele ont rapporté des faits de ce genre. Siebold a eu également l'occasion d'en observer un cas très haut placé dans l'épaisseur du vagin. C'est surtout à l'époque de l'accouchement qu'on les rencontre. Les tumeurs sanguines péritonéales et celluleuses, là était toute la question. M. Huguier, en parlant des épanchements péri-utérins, des tumeurs sanguines du ligament large, a dévié la question.

M. Huguier n'accepte point le reproche d'avoir dévié la question; il l'a élargie; il a fait rentrer dans sa classification des tumeurs du petit bassin des observations dont le titre semble devoir les éloigner; mais, en lisant ces observations avec soin, on voit bien qu'elles appartiennent aux hématocèles de l'excavation pelvienne. Relativement aux reproches d'avoir confondu les trombus de la vulve avec les tumeurs sanguines du petit bassin, M. Huguier déclare n'avoir point fait cette confusion; il connaissait les faits cités par M. Lenoir. La confusion n'était donc point possible.

M. Debout. Puisque notre collègue M. Huguier veut bien se rendre au vœu de la Société et rédiger un mémoire sûr les tumeurs sanguines du bassin, je lui signalerai une variété de trombus, le trombus utérin, qui n'a pas encore été décrite, et dont M. Montgomery a fait l'objet d'un mémoire inséré dans le numéro de mai du *Dublin quarterly journal of medecine*. Dans ce travail, M. Montgomery rapporte avec détail trois faits de trombus développés dans la lèvre antérieure du col de l'utérus. Dans les trois cas, la tumeur sanguine a apporté un obstacle momentané à la marche du travail, jusqu'à ce que la rupture de la tumeur sanguine eût permis le passage de l'enfant.

Dans un quatrième cas qui a été communiqué à la Société obstétricale de Dublin, M. Montgomery cite une hémorrhagie mortelle

survenue au quatrième jour après l'accouchement, l'utérus étant complétement revenu sur lui-même, par suite de la rupture spontanée d'une de ces tumeurs sanguines. A l'autopsie, on a trouvé une cavité sanguine occupant la lèvre antérieure du col et remontant jusque dans l'épaisseur des parois de l'utérus ; cavité dans laquelle venait s'ouvrir des vaisseaux importants qui avaient fourni l'hémorrhagie.

Quelle que soit la cause des paralysies traumatiques, qu'elles soient dues à la distension, à la commotion ou à la compression des troncs nerveux, le traitement reste le même, et la thérapeutique n'est pas aussi impuissante que MM. Chassaignac et Gosselin l'ont dit. Il est un médicament sur la valeur duquel l'expérimentation chimique a prononcé, c'est la strychnine. Rappeler les faits nombreux de guérisons dues à cet agent dans les cas de paralysies suite de lésions cérébrales ou spinales, ou même résultant d'une intoxication saturnine, est inutile. Il est vrai que dans les cas de paralysie traumatique la lésion se trouve bornée à un groupe de muscles. Or, soumettre l'économie entière à l'influence d'un médicament aussi énergique que la strychnine, lorsqu'il s'agit de combattre une paralysie locale, ne serait pas d'une saine pratique; mais il reste la voie endermique. Une bonne formule à rappeler est la pommade au sulfate de strychnine; des frictions faites largement sur les parties paralysées ont produit des succès, même dans des cas de paralysies dues à la lésion des centres nerveux. Vous pouvez encore porter plus directement l'agent médicamenteux sur les parties malades en dénudant le derme à l'aide d'un vésicatoire. Enfin, un dernier moyen sur lequel je crois devoir appeler votre attention est la galvanisation localisée.

Dans la dernière séance, M. Gosselin, en vous citant les deux cas intéressants de paralysie du membre supérieur qu'il avait observés à l'Hôtel-Dieu, vous a dit que les tentatives de M. Duchêne n'avaient produit qu'une amélioration. J'ai revu hier les deux malades de notre confrère, et je puis vous annoncer que le premier, celui dont la paralysie était due à une simple commotion, est complétement guéri, et a repris son métier d'ébéniste. Quant au second, le nommé Vacabelle, qui a fait le sujet de l'intéressante thèse de M. Simonis-Empis, et chez lequel la paralysie était compliquée d'une luxation, la cure n'est pas complète encore. Les muscles du

bras et de l'avant-bras ont, jusqu'à présent, seuls repris leurs mouvements complets, ainsi que leur volume normal ; il reste à traiter les muscles de la main, qui, sous l'influence de la lésion nerveuse, s'étaient atrophiés comme ceux du bras et de l'avant-bras. Or, les résultats obtenus sur la partie supérieure du membre nous sont garants de la prochaine guérison de ce malade. Nous avons engagé M. Duchêne à vous présenter alors ses deux malades, et il le fera.

Dans un sujet aussi important, il était essentiel de signaler tous les moyens de traitement que les progrès de la science mettent à notre disposition, et je suis convaincu que la galvanisation doit être inscrite au nombre des moyens efficaces de traitement des paralysies traumatiques.

M. Forget et plusieurs membres expriment le désir de voir M. Huguier rédiger un travail sur les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne ; ce travail serait le point de départ d'une discussion approfondie sur ce sujet.

M. Danyau communique un cas de paralysie du bras chez un enfant nouveau-né.

En écoutant, dit-il, les intéressantes communications faites dans la dernière séance sur les lésions nerveuses qui succèdent aux luxations du bras, aux contusions et même aux simples pressions de l'épaule, je me rappelai une phrase qui termine une observation de Smellie, et qui me semblait se rapporter au fait en discussion.

« La compression prolongée, dit l'auteur anglais, avait donné » lieu à une paralysie du bras qui dura plusieurs jours, mais céda » bientôt à des frictions et à des embrocations. » (*Cases and obs. in Midwifery*, II, 509.)

La mention de cet accident m'avait d'autant plus frappé, que je n'en avais rencontré d'exemple nulle part ailleurs, que je ne l'avais jamais observé moi-même, et n'avais pas connaissance qu'il eût été observé par d'autres. Les détails très insuffisants donnés par Smellie ne permettaient guère de démêler la cause de cette paralysie, et ce fait était resté inexpliqué pour moi. Le hasard me fit trouver, le lendemain même de la séance de la Société, l'explication que j'avais vainement cherchée.

Voici dans quelles circonstances :

Une femme primipare, dont l'urine était chargée d'albumine,

était arrivée presque au terme d'un travail assez pénible qui avait duré plus de vingt-quatre heures, lorsqu'une attaque d'éclampsie survint. La tête, en position occipito-iliaque droite postérieure, venait de franchir l'orifice. On disposa tout pour l'application du forceps. Pendant ces préparatifs, une seconde attaque très forte eut lieu. Bien que très basse, la tête fut un peu plus difficilement extraite que dans les cas simples, où elle est à la vulve en position occipito-antérieure. L'occiput fut dégagé en arrière, la face en avant. L'enfant, garçon fort, à terme, pesant près de 3 kilogrammes et demi (3,325), naquit dans un état de mort apparente. Il fut ranimé par l'insufflation après une demi-heure de soins.

Lorsqu'il me fut présenté (trente-six heures après la naissance), il respirait assez bien, mais sans crier; il avait évacué son méconium, prenait de l'eau sucrée et du lait à la cuiller, mais ne tetait pas. Il y avait à la fois hémiplégie faciale à gauche et paralysie du membre supérieur du même côté. Je ne dirai rien de l'hémiplégie faciale, qui n'était pas tout à fait complète et qui offrait d'ailleurs les caractères particuliers qu'elle présente chez les nouveau-nés.

Le membre supérieur gauche pendait immobile sur le côté du corps, l'avant-bras dans la pronation, les doigts demi-fléchis. Lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte à sa place; la flexion de l'avant-bras sur le bras était instantanément suivie du retour à l'extension passive; non-seulement aucun mouvement spontané n'avait lieu dans le membre, mais encore on essayait vainement d'en provoquer en pinçant la peau. L'enfant témoignait bien, par un petit grognement et par un léger mouvement d'élévation de l'épaule produit par l'action du trapèze, que la sensibilité n'était point affaiblie; mais la paralysie du mouvement était évidemment complète.

En examinant la partie latérale gauche du col, je vis qu'une eschare presque linéaire, de 1 centimètre de longueur, et dont la chute laissa plus tard une plaie pénétrante dans le tissu cellulaire, existait le long du bord externe du trapèze. Elle avait été produite par la branche droite du forceps, qui, sans doute par suite d'un peu de déflexion et d'inclinaison de la tête, avait pénétré loin sur le côté du col et comprimé le plexus brachial, comme elle avait comprimé le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Dès lors ce fait n'était plus comparable à ceux qui avaient antérieure-

ment occupé la Société. Son extrême rareté m'a cependant fait penser qu'il y avait quelque intérêt à l'en entretenir.

La vie de l'enfant avait toujours été si précaire, que je ne fus pas étonné de le voir s'affaiblir de plus en plus. Il vécut cependant huit jours, et succomba après être resté pendant quarante-huit heures dans une sorte de létbargie, à laquelle se joignirent, le dernier jour, une cyanose assez prononcée, un refroidissement très marqué et une insensibilité générale presque complète.

Je ne ferai que mentionner parmi les lésions trouvées sur le cadavre un céphalœmatome de moyen volume sur le pariétal gauche, un peu de suffusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit du cerveau en arrière, l'oblitération incomplète du trou de Botal, une péritonite caractérisée par un épanchement sanguin et purulent baignant toute la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient, et j'arrive aux altérations qui ont particulièrement trait à la paralysie observée pendant la vie.

Il y avait un léger épanchement de sang dans les tissus environnant le plexus brachial du côté gauche à son origine. Depuis ce point jusqu'au dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentent une teinte sanguinolente, qui ne disparaît nullement par le frottement; au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs sont décolorés comme à l'état normal. Le tissu nerveux présente partout la consistance ordinaire. — Les tissus qui environnent le nerf facial, au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien pour aller s'enfoncer dans la glande parotide, sont ecchymosés; le nerf lui-même est injecté dans cette partie de son trajet; au delà de la parotide les rameaux nerveux présentent leur coloration normale.

Dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de faire connaître à la Société, la paralysie du membre supérieur est exactement de la même espèce que celle si fréquemment observée sur l'un des côtés de la face; elle reconnaît la même cause, la compression par l'une des branches du forceps. Si le forceps peut comprimer, contenir et paralyser le nerf facial, il peut aussi, quoique plus difficilement et dans quelques cas tout à fait exceptionnels, atteindre le plexus brachial et produire sur lui les mêmes effets. Le cas que j'ai rapporté ne le prouve-t-il pas surabondamment? Traces évidentes de l'instrument; co-existence des deux paralysies sur le même sujet, du

même côté ; altérations absolument identiques, et, suivant toute probabilité, produites au même moment.

La disparition graduelle et en général assez rapide de l'hémiplégie faciale des nouveau-nés produite par la compression du forceps doit faire penser que la paralysie du membre supérieur, dépendant de la même cause, céderait également sans peine à l'emploi de moyens simples si l'enfant se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions. C'est ce qu'on peut inférer des lésions peu graves constatées dans le cas que j'ai rapporté et du résultat promptement heureux des frictions et des embrocations employées par Smellie. Au reste, pour dire entièrement mon opinion sur le cas de l'illustre accoucheur anglais, je ne doute pas maintenant que la paralysie observée par lui, et qui avait cela de très remarquable qu'elle était double, ne fût due à la compression, par les branches du forceps, de l'un et de l'autre plexus brachial. C'est ce dont on peut se convaincre en lisant attentivement cette observation, en remarquant qu'il s'agissait d'une présentation de la face, et en songeant que, pour extraire la tête, Smellie se servit probablement dans ce cas de son forceps droit.

— M. Chassaignac présente trois malades :

1° Un sur lequel il a enlevé une tumeur érectile veineuse située à la partie interne de la main ;

2° Une autre malade portant une tumeur érectile veineuse de la langue et de la joue ;

3° Un troisième ayant deux tumeurs variqueuses situées à la partie interne du membre inférieur droit.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 4 juin 1851.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Épanchement de sang derrière l'utérus.

M. Denonvilliers. Je regrette de n'avoir pu assister aux deux dernières séances ; j'aurais apporté à la discussion des tumeurs san-

guines postéro-utérines deux nouveaux faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Voici le premier :

Une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital le 8 mars, dans le service de M. Marotte.

Dans les premiers jours de février, elle venait d'avoir ses règles d'une manière régulière, quand elle ressentit des coliques hypogastriques vives, intermittentes, assez pénibles pour l'obliger à se coucher, et s'accompagnant de constipation. Ces phénomènes persistent tout le mois.

Le 5 mars suivant, ses menstrues, en retard de huit jours, paraissent et ne durent que deux jours, au lieu de six, durée ordinaire. En même temps les coliques hypogastriques et la constipation persistent; de plus, une rétention d'urine se manifeste. La malade, effrayée de ce nouvel accident, entre à l'hôpital trois ou quatre jours après.

Le 30 mars, les règles reparaissent trois jours d'avance, coulent peu et ne durent que deux jours. Cette dernière époque est le point de départ des symptômes d'une péritonite. De plus, la tumeur abdominale que l'on avait constatée par l'hypogastre et par le vagin lors de l'entrée de la malade dans le service augmente notablement dans l'espace de quatre jours, de telle manière qu'elle s'élève davantage au-dessus des pubis, et qu'elle descend plus bas dans le vagin.

Les accidents de péritonite persistent jusqu'au 11 avril, époque où la malade rend par le rectum, et après de vives coliques, environ 500 grammes de sang noir en grande partie coagulé et ressemblant à de la gelée de groseilles. Les jours suivants, de nouvelles quantités de sang sont rendues par la même voie; la diarrhée est presque continuelle. La tumeur de l'hypogastre semble s'affaisser; celle du vagin reste, au contraire, tendue.

Vers le 10 mai, un écoulement mêlé de sang et de pus se fait par le vagin.

Appelé le 15 près de la malade, je trouvai à la partie supérieure du vagin une petite ouverture que j'agrandis largement, en faisant communiquer la poche rectale avec la poche vaginale; mais il se déclara une infection purulente et la mort eut lieu le 25.

A la dissection, la tumeur m'a paru située dans le péritoine, dans le cul-de-sac utéro-rectal, d'où elle remontait jusqu'aux liga-

ments larges qui faisaient partie de la poche. L'épanchement était limité en haut par la masse intestinale adhérente.

Les ovaires, assez volumineux, correspondaient par une de leur face à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles des ovaires.

Rien à noter dans les trompes, qui étaient plutôt rétrécies que dilatées.

Chez la seconde malade, l'affection s'annonça également par un dérangement dans la menstruation, dérangement qui avait cependant été précédé par des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui duraient depuis plusieurs semaines, disparurent à l'époque suivante. Mais les règles sont devenues irrégulières et se sont bientôt transformées en de véritables pertes en même temps que le ventre se tuméfiait. Cette femme entre épuisée à l'hôpital Sainte-Marguerite. A l'hôpital, l'abondance de l'écoulement sanguin diminue, mais il reste permanent. La tumeur était bilobée comme la précédente. Le col utérin était un peu dévié en avant ; derrière le col, je trouvai une tumeur arrondie, du diamètre d'une pièce de cinq francs ; elle était le siége d'une fluctuation réelle, quoique obscure. Le doigt, placé dans le vagin, en pressant sur cette tumeur, s'y était formé un godet comme sur une partie œdémateuse. Cinq ou six jours plus tard, le col était tellement repoussé en avant qu'il était difficile de l'atteindre. La tumeur hypogastrique et la tumeur vaginale avaient augmenté toutes deux.

Le vagin offrait, au lieu de cette coloration violacée que M. Nélaton a signalée, une teinte grise et presque de la pâleur. Je plongeai d'abord dans la tumeur vaginale un trocart court et de gros calibre. Il ne sortit rien dans le moment ; puis, au bout de dix minutes, des pressions exercées sur la tumeur abdominale expulsèrent par la canule du sang coagulé assez semblable à du résiné. Du reste, avant l'issue de ce coagulum, je ne redoutai nullement une erreur de diagnostic. La facilité avec laquelle je faisais décrire des arcs de cercle à l'extrémité profonde de la canule montrait évidemment qu'elle avait pénétré dans une cavité. Je me décidai à agrandir l'ouverture de la ponction à l'aide du bistouri boutonné ; et la difficulté que j'éprouvai à introduire cet instrument me fit regretter de n'avoir pas employé un trocart cannelé. J'injectai de l'eau

tiède, qui ressortit à peine colorée. Le lendemain, la malade avait perdu un peu de sang. Voyant que je ne réussissais pas à expulser le coagulum, je pris le parti de l'extraire. N'ayant pas sous la main d'instrument approprié, je me servis d'une cuiller à café emmanchée. Mais comme elle ne ramenait à chaque fois que son contenu, je divisai la masse du caillot avec une spatule arrondie à son extrémité; puis des injections furent faites. Ce moyen fut moins insuffisant que les autres; mais il est encore bien resté un sixième de l'épanchement dans la poche, et il faudra chercher un procédé plus efficace.

M. Monod, sur l'invitation de M. le président, donne les détails suivants sur le cas qu'il n'avait fait qu'indiquer sommairement dans une précédente séance :

La malade était entrée à la Maison nationale de santé avec les symptômes qui accompagnent ordinairement les déplacements de matrice. Au toucher, je constatai une tumeur entre le rectum et l'utérus, et j'annonçai une rétroflexion. Cependant l'intensité des douleurs abdominales me laissait des doutes. Le lendemain, la tumeur avait augmenté, et, après un examen plus approfondi, je me prononçai définitivement pour un épanchement de sang. Il y eut une rétention d'urine, des symptômes d'ictère et d'infection générale. Une fluctuation obscure se manifesta derrière le col; je fis une ponction, qui donna issue à du sang brunâtre. L'évacuation du foyer restait incomplète; je pratiquai une nouvelle ponction à côté de la première et deux jours après. Quinze jours après son entrée, la malade succombe à une péritonite compliquée d'infection purulente.

Il répète en terminant que, selon lui, l'épanchement sanguin siégeait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Huguier. Les faits de M. Denonvilliers confirment la distinction que j'avais établie entre les tumeurs sanguines péri-utérines; ils démontrent que ces épanchements se font tantôt dans le péritoine, tantôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Lenoir. Les deux observations, et surtout la pièce anatomique présentée par M. Denonvilliers, ont à mes yeux une grande importance, parce qu'elles tendent à éclaircir deux points encore obscurs de l'histoire des tumeurs sanguines péri-utérines.

Le premier de ces points est relatif au siége précis de l'épan-

chement sanguin : or, dans la pièce qui est soumise à votre examen, cet épanchement a bien évidemment lieu dans le cul-de-sac recto-vaginal formé par le péritoine, et c'est bien dans la cavité péritonéale, transformée en une poche circonscrite par des adhérences pseudo-membraneuses, que le sang épanché est contenu.

Le second point est relatif à l'étiologie de la maladie. Dans les deux observations, il est fait mention que les accidents se sont développés immédiatement après l'époque menstruelle, et dans la pièce anatomique on peut constater à la surface de l'un des ovaires deux petits kystes sanguins ouverts à la surface de ces organes. Cette coexistence n'éclaire-t-elle pas l'étiologie de ces épanchements de sang? Ne sait-on pas, en effet, qu'à chaque époque menstruelle il y a rupture d'une des vésicules ovariques, à la suite de laquelle l'œuf contenu dans cette vésicule tombe dans la trompe ou dans la cavité péritonéale? Or cette rupture est toujours accompagnée et suivie d'un écoulement de sang ordinairement peu considérable, mais qui quelquefois est assez abondant pour former à la surface des ovaires des tumeurs du volume d'une noix, comme j'en ai déjà vu deux exemples chez des femmes mortes pendant l'époque menstruelle. Maintenant ne peut-il pas se faire que le sang fourni par la rupture de la vésicule ovarique, au lieu d'être en petite quantité et de séjourner à la surface de l'ovaire, soit épanché de manière à représenter une hémorrhagie légère, qu'il tombe dans la cavité péritonéale et s'accumule dans le cul-de-sac recto-vaginal? C'est l'idée que me suggère la coexistence mentionnée plus haut et que je soumets à votre appréciation.

Tumeurs vasculaires.

M. Chassaignac rend compte à la Société des trois malades qui ont été présentés à la séance précédente et au commencement de la séance d'aujourd'hui.

Obs. I. — *Tumeurs variqueuses considérables de la jambe et de la cuisse avec phénomènes alternes de fluctuation et bruit de souffle.*

Le sujet de cette observation est un homme de 51 ans, entré le 15 mai à l'hôpital Saint-Antoine pour un petit ulcère variqueux de la jambe. Il présente à la partie interne de la cuisse droite une

énorme tumeur variqueuse exclusivement formée d'un peloton assez régulièrement arrondi de veines flexueuses. A la partie interne de la jambe droite et à la hauteur du mollet existe une tumeur semblable à la première sous le rapport du volume, de la forme et de la composition. Ces tumeurs communiquent visiblement entre elles au moyen de la veine saphène interne très dilatée. Cette circonstance a donné l'idée d'explorer les deux tumeurs sous le rapport de la fluctuation qui pourrait être renvoyée de la première à la seconde *et vice versa.* Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la fluctuation n'est pas réciproque d'une tumeur à l'autre dans le même moment et avec une même attitude du membre. Le malade est-il couché; si l'on applique une main sur l'une des deux tumeurs et l'autre sur la seconde, la pression alternative des deux tumeurs donne le choc de la fluctuation à un degré très prononcé dans la tumeur du mollet; il est nul dans celle de la cuisse. La *fluctuation descendante* existe seule. Le malade est-il debout, résultat diamétralement opposé. Choc de fluctuation très prononcé à la tumeur de la cuisse, nul à celle de la jambe. Fluctuation *ascendante.*

Autre remarque : chaque fois que dans l'attitude verticale du sujet on exerce une compression brusque sur la tumeur de la jambe, un bruit de souffle très distinct se manifeste à l'oreille appliquée sur la tumeur supérieure.

Chez ce malade, ainsi du reste que chez tous les sujets atteints de varices de la saphène interne, M. Chassaignac mentionne un renflement ampullaire qui lui paraît avoir un siége constant, et cela à la hauteur du pli du genou du côté interne, dans le point correspondant à la dépression qui existe à la partie déclive de la tubérosité interne du tibia. Cette ampoule, ou golfe de la saphène interne, offre dans le cas particulier ceci de remarquable, que le moindre choc du doigt sur l'ampoule se fait sentir aussitôt dans chacune des deux tumeurs, en quelque attitude que soit actuellement le malade, debout ou couché.

Obs. II. — *Tumeur érectile sous-cutanée de la main coïncidant avec une tache cuticulaire congénitale répondant au centre de la tumeur.*

Cette tumeur existe chez un jeune homme de seize ans, tourneur en cuivre, entré le 22 avril 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

A la naissance, tache cuticulaire de la grandeur d'une lentille au côté interne de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt. Jusqu'à l'âge de dix ans, état absolument stationnaire; à partir de cette époque, progrès continu, mais assez lent; marche plus rapide dans les deux dernières années. Enfin tumeur érectile veineuse bien caractérisée, du volume d'une grosse noisette, devenant le siége d'élancements fréquemment répétés.

Ablation de la tumeur par l'instrument tranchant après quelques jours d'usage préventif de l'alcoolature d'aconit, et l'emploi du chloroforme au moment de l'opération. Au lieu de trouver une masse tout entière érectile, spongieuse, on voit qu'une portion de la tumeur est constituée par des flexuosités veineuses à parois bien distinctes; en outre, la peau est vascularisée par un réseau très dense de radicules veineuses offrant çà et là des renflements ampullaires. (M. Lebert a fait l'analyse anatomique de la tumeur.) L'opération n'a donné lieu qu'à une seule ligature d'artère. Trois épingles entortillées et le pansement par occlusion sont appliqués. La réunion par première intention a été obtenue. Au quinzième jour, une cicatrice de bonne nature, très résistante et ne présentant aucune trace suspecte, était formée. C'est dans cet état que le malade a été présenté à la Société de Chirurgie, qui l'avait examiné avant l'opération.

Le troisième malade, présenté par M. Chassaignac, offre un exemple de *tumeur érectile* veineuse arrivée à un degré d'envahissement extraordinaire, et qui la place d'emblée au-dessus des ressources de l'art.

En effet, toute la région temporo-maxillaire droite, une partie de l'oreille, une portion du maxillaire inférieur dont le tissu osseux a été détruit, la presque totalité de la langue, moins une petite portion siégeant près de la pointe du côté droit, l'amygdale droite, la

voûte palatine, le plancher de la bouche, sont convertis en tissu veineux, bleuâtre, spongieux, cédant à la pression, d'une rénitence modérée, et ne donnant lieu à aucune douleur.

Quand on comprime la langue entre les doigts, on sent trois ou quatre petits corpuscules très durs, insensibles à la pression, et qui ne semblent autre chose que ces concrétions veineuses appelées phlébolithes.

Il existe en outre une varicocèle assez volumineuse à gauche. Du reste, point d'hémorrhoïdes; seulement, quelques varices aux membres inférieurs.

Interrogé sur l'époque d'apparition de ces diverses tumeurs qui, selon toute apparence, entretiennent des communications, du moins en ce qui concerne les tumeurs de la tête, le malade nous apprend:

Que la tumeur de la langue existe depuis sa naissance, du moins ses parents lui ont-ils dit avoir remarqué la coloration bleuâtre de la langue dès les premiers temps de sa naissance; et, de plus, il rapporte que, depuis qu'il se connaît, il a toujours eu la parole embarrassée.

La tumeur temporo-maxillaire est rapportée à l'avulsion d'une dent pratiquée à l'âge de seize ans.

C'est à la même époque qu'il fait remonter la varicocèle, à la suite d'un travail forcé.

Il semblerait que la tumeur, originairement linguale, a poussé des embranchements successifs vers tous les points que nous avons indiqués; seulement le mode, les dimensions et le siége anatomique précis des points inter-communiquants ne sont pas rigoureusement établis.

Cet homme a un de ses enfants qui présente, comme lui, de l'embarras dans la parole, causé par une tuméfaction avec coloration bleuâtre de la langue.

Chez le malade, la parole est difficile et empâtée; il lui arrive quelquefois de se mordre la langue, mais il n'a jamais eu d'hémorrhagie. Quand il se livre avec force à sa profession de mécanicien, toutes ces tumeurs se gonflent, et il survient une salivation assez abondante. Il éprouve souvent des douleurs comme névralgiques dans le côté droit de la tumeur. Aucun phénomène d'auscultation à noter.

Le développement considérable du tissu malade rendant toute

opération impraticable, on se borne à lui faire tenir le plus longtemps possible, dans la bouche, de gros fragments de glace au moyen de la pince de Museux.

M. Lebert. La tumeur que M. Chassaignac m'a chargé d'examiner était formée par des veines volumineuses, sans communication entre elles dans sa partie sous-cutanée ; dans la partie cutanée de la tumeur, il n'y avait pas non plus de communication entre les veines ; mais ces vaisseaux offraient des dilatations partielles, qui sont, d'après mes recherches antérieures, une tendance à la communication qui aurait certainement amené plus tard une texture caverneuse.

Hydrocèle avec épanchement de matière plastique infiltrée de sérosité, avec un kyste du cordon.

M. Huguier. Une hydrocèle me paraissait présenter des caractères particuliers ; j'incisai couche par couche jusqu'à la tunique vaginale inclusivement. Il sortit de la sérosité transparente. La tumeur ayant peu notablement diminué de volume, j'agrandis l'incision avec des ciseaux, et je fis sortir de la tunique vaginale une masse spongieuse, œdémateuse, qui était légèrement adhérente. Restait encore un kyste à la partie inférieure du cordon ; je l'incisai également. Ce fait me semble surtout intéressant au point de vue de la masse spongieuse et infiltrée extraite de la tunique vaginale.

M. Michon. Je crois qu'en regardant de plus près ce fait, il perdra ce qu'il peut au premier abord offrir d'exceptionnel. Pour moi, il s'agissait tout simplement d'une hydrocèle multiloculaire dont les loges siégeaient dans une fausse membrane. J'ajouterai que ces cas ne sont pas rares, et qu'on en trouve des exemples dans les auteurs, et notamment dans Pott. Je demanderai si la tumeur la plus élevée n'était pas, au lieu du kyste du cordon, une de ces loges contenues dans la tunique vaginale.

M. Lenoir. La complication d'un kyste du cordon avec l'hydrocèle proprement dite est fréquente ; la forme d'épanchement vaginal rencontré par M. Huguier n'est pas extrêmement rare, si l'épanchement est le résultat d'une récidive après l'injection. Mais ce cloisonnement de l'hydrocèle a quelquefois lieu d'emblée ; le fait suivant m'empêcherait de l'oublier.

Un jour que A. Cooper assistait à la clinique de Dupuytren, une hydrocèle arrive à la salle d'opérations; le chirurgien de l'Hôtel-Dieu présente le trocart à son illustre confrère de Londres, qui le refuse par le même sentiment qui l'avait fait offrir. Dupuytren plonge l'instrument dans la tumeur, et il ne sort rien. Il annonce immédiatement qu'il s'agit d'une hydrocèle multiloculaire, et qu'en perforant successivement les cloisons, le liquide va s'écouler, et c'est ce qui eut lieu.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 11 *juin* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Hydrocèle. — Extraction d'une masse spongieuse de la tunique vaginale.

M. Lebert. La masse spongieuse infiltrée que M. Huguier a extraite de la tunique vaginale ne m'a pas offert au microscope les caractères d'une fausse membrane. On n'y trouve aucune trace de fibrine amorphe; c'est un tissu cellulo-vasculaire qui résulte, pour moi, d'une sorte d'exfoliation de la tunique vaginale.

— M. Giraldès fait un rapport verbal sur le 33e volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres.*

De la ténotomie dans les fractures.

M. Larrey, à propos du mémoire de M. Campbell (de Morgan), cité par M. Giraldès, dit avoir eu l'occasion de rappeler à l'Académie de Médecine que la ténotomie dans le traitement des fractures irréductibles avait été employée pour la première fois par le docteur Meynier (d'Ornans), ancien chirurgien militaire.

Luxation du bras avec la fracture du col chirurgical et du col anatomique de l'humérus.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui est curieuse par la multiplicité et par la rareté de quelques-unes des lésions qu'elle présente. C'est une articulation scapulo-humérale sur laquelle on rencontre à la fois une fracture du col

chirurgical de l'os, une fracture du col anatomique de ce même os, une luxation en avant de la tête humérale et une fausse ankylose de la cavité glénoïde de l'omoplate avec le fragment inférieur de l'humérus.

Le sujet sur lequel cette pièce a été prise est une vieille femme de 83 ans, encore pourvue d'assez d'embonpoint, et qui est tombée seulement de sa hauteur sur le sol, son coude gauche étant écarté du tronc.

Un médecin appelé après l'accident lui dit qu'elle avait le bras démis et exerça des manœuvres de réduction. Celles-ci furent très douloureuses et accompagnées de craquement; mais, comme elles n'avaient produit aucune réduction, la malade entra le lendemain à l'hôpital Necker.

On constata à la visite une tuméfaction notable de la partie supérieure du bras gauche avec ecchymose assez étendue de sa partie interne, un raccourcissement de 2 centimètres, le membre étant mesuré de l'acromion à l'épicondyle, et enfin une crépitation rude et multiple pendant les mouvements de rotation et d'élévation du bras.

Vu le grand âge de la malade et les douleurs qu'elle éprouvait dans cet examen, on ne chercha pas à préciser davantage le siége de la lésion. On diagnostiqua une fracture du col chirurgical de l'humérus et on appliqua des résolutifs sur l'épaule, et quelques jours après un appareil approprié à l'espèce de fracture qu'elle portait. Cet appareil fut maintenu pendant près de trois mois et renouvelé de temps à autre. Au bout de ce temps, il fut levé, et la consolidation de la fracture parut achevée; la malade pouvait très légèrement mouvoir son bras d'avant en arrière; mais elle ne bougeait pas de son lit, quand elle fut prise d'accidents cérébraux, qui dénotèrent un ramollissement de l'organe, et qu'elle mourut. A l'autopsie, l'épaule, examinée avec soin, a présenté les altérations suivantes, que la Société peut encore constater, en partie du moins, sur la pièce que M. Lenoir met sous ses yeux.

1° *Une fracture du col anatomique de l'humérus.* — La solution de continuité porte évidemment sur cette partie de l'os, et le fragment supérieur qui en résulte est exclusivement formé par la tête humérale recouverte par son cartilage d'incrustation. Ce fragment tient encore au pourtour de la cavité glénoïde par une petite

portion de la capsule articulaire, qui s'insère dans l'étendue de quelques millimètres sur la rainure qui sépare cette tête de la grosse tubérosité.

2° *Une luxation de la tête de l'humérus.* — En effet, le fragment supérieur de la fracture, formé, comme nous venons de le dire, par la tête de l'humérus, au lieu d'occuper la cavité glénoïde de l'omoplate, est passé en avant de cette cavité et est venu se placer sur la troisième côte après avoir éprouvé un mouvement de bascule sur lui-même, par suite duquel sa face articulaire regarde directement en avant. Dans ce point, il est recouvert par le plexus brachial et l'artère de ce nom, qu'il soulève. Cette tête de l'humérus est maintenue dans cette position par une portion de la capsule articulaire, qui lui adhère encore, et sur laquelle la surface inégale résultant de la fracture qu'elle a subie repose et peut même glisser.

3° *Une fracture du col chirurgical du même os.* — Quoique les fragments soient consolidés, il est encore facile de suivre sur la pièce anatomique les dépressions et les saillies qui limitent cette fracture ; elle passe au-dessous des deux tubérosités humérales, et sa réduction n'est pas tellement exacte que la coulisse bicipitale de l'os ne se trouve déviée de sa direction habituelle.

4° Enfin, il existe entre la cavité glénoïde et la surface fracturée de l'humérus des *adhérences* courtes et assez larges qui unissent ces parties l'une à l'autre, mais qui cependant permettent encore de légers mouvements de glissement.

M. Lenoir avoue n'avoir pas constaté chez cette malade l'existence de la fracture du col chirurgical et de la luxation de la tête de l'os. Il se demande, dans le cas où il aurait pu préciser davantage le diagnostic de ces diverses lésions, si sa conduite eût été différente; il regarde comme impossible la réduction d'une pareille luxation *sens dessus dessous* de la tête humérale, et il ne connaît aucun moyen propre à la maintenir réduite.

M. Maisonneuve. Puisque la luxation a échappé à M. Lenoir, il fallait qu'il fût impossible de la constater, et sans doute que le moyen dont je vais parler n'eût pas permis d'arriver à ce but. Cependant le chloroforme présente ici de très grands avantages ; en supprimant la douleur et la contraction musculaire, il favorise

merveilleusement l'examen et conséquemment le diagnostic de la lésion.

M. Larrey. Le cas rare et intéressant observé par M. Lenoir vient d'être pour M. Maisonneuve le sujet d'une remarque qui me permettra d'y ajouter quelques mots. J'ai eu occasion aussi d'utiliser l'emploi de l'anesthésie comme moyen de diagnostic de certaines lésions des membres et spécialement dans des cas dont l'observation est plus fréquente aux hôpitaux militaires qu'aux hôpitaux civils. Il s'agit d'affections simulées par des conscrits et surtout par des remplaçants qui cherchent à se faire réformer, et parviennent quelquefois à force d'adresse et de persévérance à imiter les effets réels soit d'une ankylose, soit d'une rétraction, d'un raccourcissement ou d'une déviation des membres. L'exploration la plus attentive, les manœuvres les mieux dirigées ne suffisent pas toujours à faire reconnaître la réalité des cas de ce genre; tandis qu'à l'aide du chloroforme administré prudemment on réussit à constater s'il s'agit d'une affection vraie, exagérée ou simulée.

Dès les premiers temps où l'éthérisation fut mise en usage, ajoute M. Larrey, j'en ai essayé l'effet dans les conditions que j'indique, et, sans y attacher d'abord une grande importance, j'ai reconnu depuis tout le parti que la chirurgie militaire et peut-être la médecine légale pourraient tirer des agents anesthésiques dans des circonstances semblables.

M. Chassaignac. Voici un point qui me paraît mériter des éclaircissements. Je vois bien des restes de la capsule se rendre du pourtour du fragment inférieur au col glanoïdien; mais il y a d'autres faisceaux fibreux qui partent du centre même de la coupe de ce fragment. Comment expliquer cette insertion centrale?

M. Lenoir. C'est tout simplement un tronçon fibreux qui a contracté les adhérences sur ce point du fragment. Quant à la violence de la chute, elle a eu lieu de la hauteur de la malade et dans l'attitude que j'ai indiquée; il n'était pas possible de tirer beaucoup de lumières de cet antécédent. J'ajouterai que l'embonpoint du sujet augmentait encore l'obscurité du diagnostic.

M. Boinet. Je me demande si la perception d'une tumeur arrondie dans l'aisselle n'eût point donné au moins la présomption de l'existence de la luxation. Je désirerais savoir si l'on a cherché ce signe.

M. Nélaton. Sans nul doute M. Lenoir connaît le cas de Houzelot cité par Delpech, où la tête séparée du corps de l'os était allée se loger sous l'épine de l'omoplate.

M. Lenoir. C'est moi qui ai donné la pièce au Musée du Val-de-Grâce; je l'avais reçue de M. Houzelot, qui a été l'un de mes premiers maîtres. Je ne pouvais donc pas ignorer ce fait, et notre secrétaire en a consigné quatre autres semblables dans sa dernière thèse du concours, les uns avec autopsie, les autres avec réduction et guérison complète ou avec ankylose; mais dans ces cas, une fracture unique compliquait la luxation, tandis que dans le mien cette fracture est double.

M. Morel-Lavallée. Je remercie d'abord M. Lenoir d'avoir bien voulu citer ma thèse; elle contient encore des exemples d'une complication analogue pour d'autres luxations, pour celles de la hanche et du cou-de-pied, où l'os luxé, le fémur et l'astragale s'est en même temps fracturé. Ce que le fait de M. Lenoir offre de nouveau, c'est en effet la fracture simultanée des deux cols de l'humérus coïncidant avec la luxation de l'os; la terminaison de ces deux fractures par ankylose est aussi un des points intéressants de cette observation. — On a dit que la présence de la tête dans l'aisselle aurait peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic de la luxation. Il y a un autre signe plus facile à saisir; mais sans doute qu'il n'était pas appréciable dans ce cas, puisque M. Lenoir n'en a pas parlé; c'est l'aplatissement de l'épaule.

M. Lenoir. Ce qui m'a surtout frappé, c'était une crépitation des plus caractérisées; la douleur et le gonflement, qui étaient considérables, ne permettaient pas de compléter les explorations.

Cholestérine du globe oculaire (synchisis étincelant).

M. Chassaignac. Dans une des dernières séances de la Société, j'ai eu l'honneur de vous présenter un malade offrant un très bel exemple de cette curieuse altération de l'œil, qui consiste dans l'existence de corps étincelants dans le globe oculaire. Cette altération, désignée par M. Desmarres sous le nom de *synchisis étincelant*, par M. Sichel sous celui de *spinthéropie*, nous semble pouvoir être, d'après le progrès rapide des études faites sur sa nature, désignée sous le nom de *cholestérie* du globe oculaire.

Nous la subdivisons en *cholestérie libre* et *cholestérie adhérente*,

suivant que les paillettes scintillantes sont dénuées de toutes connexions et qu'elles jouissent d'une mobilité absolue, ou suivant qu'elles ont un rétinaculum, une adhérence plus ou moins forte à tel ou tel des éléments du globe oculaire.

Nous rejetons la division fondée sur le caractère de mobilité ou d'immobilité des paillettes, par cette raison que la mobilité de ces corpuscules peut exister dans deux conditions très différentes, puisqu'il en est qui sont mobiles d'une manière absolue et dépourvus de toute adhérence, tandis qu'il en est d'autres qui, tout en ayant des adhérences, — lâches, il est vrai, — sont mobiles aussi. Or la condition anatomique consistant dans l'existence ou la non-existence de l'adhérence de ces corps nous paraît plus importante en matière de classification que la circonstance de leur mobilité ou de leur immobilité.

Le fait que nous avons présenté à la Société nous a paru surtout digne de son attention en ce sens qu'il établit une variété nouvelle, et voici en quoi :

Jusqu'ici toutes les observations recueillies, elles sont au nombre de quinze, et celle-ci fait la seizième, portent sur des cas où il y avait une communication non douteuse entre la chambre antérieure et la chambre postérieure de l'œil à travers la pupille. Dans notre observation cette communication n'existe pas; mais la communication est détruite depuis un trop grand nombre d'années pour permettre de supposer que les corps étincelants formés d'abord dans la chambre postérieure de l'œil auraient pu être transmis de ce point dans la chambre antérieure avant l'oblitération de la pupille, oblitération qui est évidemment ici contemporaine de la lésion primitive du globe oculaire. Or cette lésion traumatique date de l'âge de cinq ans, et le malade en a actuellement vingt-sept.

C'est là ce qui forme le point curieux de l'observation. En effet, ce seul exemple suffirait pour battre en brèche toutes les théories qui supposent 1° la production exclusive des paillettes étincelantes dans la chambre postérieure; 2° la présence de ces paillettes dans la chambre antérieure, comme étant le résultat d'un déplacement purement secondaire.

Voici l'observation :

Le nommé Paroissien, plâtrier, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 mars 1851. Suivant le récit du ma-

lade, la lésion dont son œil droit est le siége aurait pour origine un coup violent porté sur cet organe dès l'âge de cinq ans, dans une chute sur l'extrémité d'une pompe à tirer le vin. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois que la vision se perdit entièrement dans l'œil blessé. La couleur des iris est brunâtre; les cheveux sont noirs.

Aujourd'hui, atrophie peu considérable de l'œil droit; consistance normale; diminution des diamètres de la cornée et de sa convexité. Cette membrane présente dans son tiers inférieur un croissant horizontal de couleur blanchâtre conservant un peu de transparence, et qui est évidemment la trace de la blessure reçue à l'œil autrefois.

Dans la chambre antérieure de l'œil, on voit, surtout en faisant l'examen au soleil, à l'œil nu, et mieux encore avec une loupe, de petits corpuscules brillants très nombreux, de volume différent, mais toujours très petits. On ne peut mieux les comparer qu'à des paillettes métalliques d'une teinte dorée. Avant d'entrer plus avant dans l'étude de ces paillettes, nous nous arrêterons un instant sur l'état de la chambre antérieure, de la pupille et du cristallin.

La partie inférieure de la *chambre antérieure,* dans le point correspondant à l'opacité signalée plus haut, paraît, au premier abord, complétement oblitérée. On voit très distinctement les extrémités du croissant opaque se confondre avec l'iris. A un examen plus attentif, il nous a semblé qu'à la partie moyenne un petit intervalle libre s'était conservé entre l'iris et la cornée. Nous aurons occasion de revenir sur ce petit godet, c'est ainsi que nous le désignerons, et l'on verra le rôle que nous lui assignons: c'est le réceptacle de ceux des petits corpuscules qui ont atteint la partie la plus déclive de la chambre antérieure.

La *pupille* est petite, absolument et toujours immobile, à quelque lumière que l'œil soit exposé. Elle est déformée, ovalaire de haut en bas et de dedans en dehors, adhérente à la capsule cristalline, ou du moins aux produits pseudomembraneux qui la recouvrent dans tout l'espace correspondant au champ de la pupille oblitérée. A la partie supérieure interne, on voit très distinctement une petite houppe brune de l'iris, étendue sur le tampon pupillaire. Celui-ci, qui offre une couleur jaune-verdâtre, est-il constitué par des pseudomembranes, par la capsule antérieure devenue opaque

où par le cristallin lui-même? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer d'une manière précise. Ce qu'il y a de très certain, c'est que l'occlusion de la pupille est complète. Un peu de matière pigmenteuse noire déposée sur quelques points du limbe pupillaire nous avait donné, dans le principe, quelques doutes à ce sujet; mais toutes nos observations ultérieures, et surtout l'expérimentation avec la belladone, ont confirmé pleinement l'existence de l'oblitération complète de la pupille.

Il n'existe aucune teinte anormale de la sclérotique dénotant une maladie de cette membrane où de la choroïde. D'autre part, l'absence de l'iridonesis, ou tremblement de l'iris, exclut toute idée d'un ramollissement du corps vitré.

Quel est maintenant le siége précis des paillettes dans la chambre antérieure clôturée comme nous venons de le dire? Elles nous ont d'abord paru semées sur la face antérieure de l'iris; mais ayant examiné la chambre antérieure par le côté externe de l'œil, nous avons vu d'autres paillettes fixées à la face concave de la cornée. Nous remarquâmes ensuite, et à plusieurs reprises, que les paillettes s'accumulaient sur certains points déclives de la chambre antérieure; puis, à un examen ultérieur, nous ne les trouvions plus dans les mêmes points. Il nous était dès lors démontré qu'elles changeaient de place. Pour vérifier l'exactitude de ces premières données, nous avons fait imprimer à la tête et à l'œil des mouvements en divers sens, mouvements dans lesquels nous avons positivement vu les paillettes se déplacer sous nos yeux. Nous ne pouvions pas nous faire illusion et prendre pour des changements de place les reflets miroitants de ces corpuscules sous les incidences variées de la lumière, pendant les mouvements involontaires assez fréquents de l'œil du malade; car, ayant fixé notre attention sur certains d'entre eux qui se détachaient sur le fond verdâtre de la pupille, nous les vîmes peu à peu descendre et dépasser la circonférence inférieure de cette ouverture oblitérée.

M. Sichel et le docteur Seidl, de Vienne, qui sont venus voir ce malade à l'hôpital Saint-Antoine, ont constaté avec nous la locomotion de ces paillettes étincelantes. La mobilité absolue de la plupart de ces cristaux ne nous a laissé, ainsi qu'à ces deux observateurs, aucun doute; mais n'en est-il pas quelques uns qui adhèrent, les uns à la face antérieure de l'iris, les autres à la face postérieure

de la cornée ? C'est là un point encore sujet à controverse.

Chez notre malade, les paillettes libres s'accumulent ordinairement à la partie inférieure et interne de la chambre antérieure, surtout au niveau de la corne interne du croissant opaque de la cornée. De là elles semblent arriver, en dernière analyse, dans le petit godet correspondant à la partie moyenne du croissant, entre lui et l'iris. Toujours est-il qu'à travers la demi-opacité de cette partie centrale du croissant on aperçoit une concrétion qui se détache, par son éclat, du voile terne qui la recouvre. Nous avions cru d'abord que c'était tout simplement une parcelle albumineuse, d'une teinte plus claire que le reste de la cicatrice cornéale ; mais nous avons fini par croire qu'un des cristaux adhérait en ce point à la face postérieure de la cornée, et, ce qui nous a confirmé dans cette idée, c'est qu'en suivant ultérieurement et jour par jour l'état du malade, nous avons vu très distinctement, dans la partie semi-opaque et à côté du corpuscule primitif, des points de même aspect et nouvellement formés. Leur situation au côté interne du premier serait en rapport avec ce que nous avons dit de l'accumulation des paillettes à la corne interne du croissant et de leur disparition ultérieure due à leur arrivée dans le godet postéro-cornéal.

Depuis six semaines, le malade se plaint d'un brouillard qui gêne la vue de l'œil gauche ; il voit moins bien dans l'obscurité qu'à une vive lumière ; il aperçoit souvent des bleuettes lumineuses. L'œil gauche est fortement strabique en dedans.

La constitution du sujet est bonne. Il ne paraît pas avoir eu la moindre trace de scrofule ; pas d'ophthalmie, pas de ganglions cervicaux engorgés pendant son enfance. Tous les organes paraissent sains, le cœur excepté. Il y a un bruit de souffle musical à la base du cœur et à la partie médiane du sternum, au premier temps; dans le même point, le deuxième bruit est sec et rude. Il y a des étourdissements, des vertiges quelquefois. Jamais d'hémoptysie, ni d'œdème des extrémités inférieures ; point de palpitations. Il n'y a point eu de rhumatismes.

Le 12 mai, instillation d'extrait de belladone dans l'œil droit. Répétition de la même manœuvre le 13. Aucune trace de dilatation pupillaire.

Le malade est en cours d'observation. M. Trastours, interne du service, nous assure qu'il aurait, à plusieurs reprises, constaté

l'existence des paillettes scintillantes à la surface externe de la cornée dans le liquide qui baigne la conjonctive. Nous avons refusé jusqu'ici d'admettre cette particularité, qui nous a semblé fort extraordinaire ; et cependant, l'exactitude habituelle et la véracité parfaite de M. Trastours nous portent à croire qu'il ne s'est pas fait illusion. C'est un point à étudier. Si des cristaux externes peuvent être recueillis, tous les doutes seront dissipés.

M. Lebert. J'ai eu récemment l'occasion d'observer de ces paillettes brillantes, dont les unes étaient libres et les autres adhérentes à une fausse membrane.

M. Chassaignac. Dans un travail publié par les *Annales d'oculistique*, M. Sichel a résumé tous les faits de synchisis étincelant que possédait la science; ces faits étaient au nombre de 15; le mien est le 16e, et c'est le premier qui renferme l'analyse des paillettes brillantes. M. Desmarres, qui s'est occupé du sujet, croyait que le phénomène lumineux se passait dans les cellules du corps vitré; il n'a pas parlé de la cholestérine.

Correspondance.

M. Charrière adresse à la Société la notice des instruments dont l'idée lui a été suggérée par les chirurgiens et de ceux qu'il a imaginés lui-même.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 18 *juin* 1851.

Présidence de M. Danyau.

Élections annuelles.

La Société procède aux élections annuelles des membres de son bureau.

Sont nommés :

Président, M. Larrey ;
Vice-président, M. Guersant;
Secrétaire, M. Demarquay ;
Vice-secrétaire, M. Giraldès.

M. Giraldès n'ayant pas accepté les fonctions auxquelles le vote

de la Société venait de l'appeler, il est procédé à un second tour de scrutin pour la place de vice-secrétaire, et M. Marjolin réunit la majorité des suffrages.

M. Debout est élu trésorier, et MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin sont réélus membres du comité de publication.

Mensuration de l'épaisseur du périnée et de la paroi hypogastrique dans l'opération de la taille. (Rapport.)

M. Guersant. Tel est l'objet d'un travail qui vous a été adressé par M. Cazenave, de Bordeaux, et dont MM. Michon, Chassaignac et moi avons été chargés de vous rendre compte.

Pour établir les avantages de la connaissance préalable de l'épaisseur du périnée, l'auteur cite six cas où l'opération de la taille fut entravée par l'épaisseur insolite du plancher du bassin. Ces faits sont empruntés à Dupuytren, à Guérin, de Bordeaux, à M. Ricord, et enfin à sa propre pratique.

Mais, dit M. Guersant, s'il est vrai que l'épaisseur considérable du périnée ou de la paroi hypogastrique ajoute aux difficultés de la taille, en quoi l'appréciation exacte de l'épaisseur des tissus apportera-t-elle plus de facilité à l'opération? Cette donnée, si précise, sera-t-elle un guide plus sûr que la notion approximative déduite de l'embonpoint ou de la complexion musculaire du sujet? C'est l'opinion de M. Cazenave; mais la commission ne la saurait partager, et elle oppose à M. Cazenave un fait bien capable d'ébranler sa confiance, puisque dans ce cas, malgré la mensuration du périnée, il ne put lui-même pénétrer dans la vessie. Le but que le chirurgien de Bordeaux avait en vue n'offre donc pas une utilité réelle. La commission se plaît d'ailleurs à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les instruments de mensuration qu'il a imaginés; elle regrette que tout ce travail, qui pèche ainsi par sa base, n'ait point une valeur qui permette d'accorder à son auteur le titre de membre correspondant; elle regrette de borner ses conclusions à proposer d'adresser des remercîments à M. Cazenave pour son mémoire et pour ceux dont il a déjà fait hommage à la Société de Chirurgie. (Adopté.)

Luxation du pouce.

M. Demarquay donne lecture d'un mémoire ayant pour titre :

Recherches sur la luxation du pouce en arrière et sur le procédé qu'il convient d'employer pour la réduire, suivi d'une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du second métacarpien en dedans.

Après avoir rappelé d'une manière rapide les recherches qui ont été entreprises sur ce sujet et les difficultés souvent fort grandes que le chirurgien éprouve à réduire ces luxations, notre collègue rapporte qu'ayant été appelé pour un cas de ce genre, il ne put parvenir à replacer l'os luxé, bien que des tentatives nombreuses aient été faites à l'aide de la pince de M. Charrière, or ce que M. Demarquay n'avait pu faire, M. Roux l'obtint facilement en imprimant certains mouvements de rotation dont il sera parlé plus loin. Frappé de ce fait, notre collègue s'est livré à des expériences sur le cadavre; il a constaté, avec MM. Vidal, Pailloux, Malgaigne et Biéchy, que dans la luxation du pouce en arrière la tête du métacarpien passe en avant, se plaçant le plus souvent entre les deux faisceaux du court fléchisseur, dont quelquefois la partie externe est un peu déchirée; il résulte aussi de ces expériences que le ligament latéral externe est toujours arraché quand la luxation est complète; quelquefois le ligament latéral interne a subi le même sort. Il résulte de ce fait que la théorie de Dupuytren et de Hey, sur la difficulté que l'on éprouve à réduire et qui tiendrait à la présence des ligaments, est hypothétique; quant à l'interposition du ligament antérieur entre les deux surfaces articulaires, M. Demarquay ne l'a pas rencontrée une seule fois sur 15 à 20 expériences qu'il a faites, et suivant lui, cette interposition, eût-elle lieu, ne serait point une cause d'irréductibilité. Voici, suivant lui, la difficulté qu'il faut vaincre pour ramener les surfaces articulaires au point de contact. La tête du premier métacarpien, en se luxant en avant, se trouve placée entre plusieurs muscles qui forment une boutonnière fort résistante; en dehors, on trouve le court abducteur, la portion externe du court fléchisseur; en dedans, la portion interne du même muscle, l'adducteur transverse et le tendon du long fléchisseur propre du pouce. Lorsque l'on tire sur le pouce, cette boutonnière se serre en étranglant la tête de l'os et empêche ainsi la réduction. Les procédés opératoires qu'on a proposés pour réduire cette luxation ont réussi quelquefois; mais, comme ils ne sont pas infaillibles, on a eu la pensée d'inciser la partie externe

de la boutonnière; MM. Malgaigne et Biéchy ont fait cette proposition, l'un en intéressant la peau et les muscles, l'autre en intéressant les muscles seulement, en agissant par la méthode sous-cutanée. Suivant M. Demarquay, on peut vaincre la résistance que présente la boutonnière en agissant de la manière suivante : la main du malade étant placée entre la pronation et la supination, le chirurgien saisit avec la pince à réduction de M. Charrière l'organe luxé, et exerce de douces tractions en suivant l'axe du pouce et du métacarpien déplacés avec sa main gauche, dont le pouce est appliqué sur l'extrémité du métacarpien faisant saillie dans l'éminence thénard et repousse en arrière la tête de ce dernier os. Après avoir exercé une certaine traction, il imprime au poucc un mouvement de rotation en dedans par lequel il dégage l'extrémité du métacarpien; puis, continuant les tractions, il fléchit le pouce et réduit de la sorte.

Voici d'ailleurs les conclusions du mémoire :

Pour obtenir la réduction de la luxation du pouce, il faut :

1° Exercer une traction suffisante sur la partie luxée en suivant l'axe du pouce;

2° Repousser avec le pouce de la main gauche la tête du métacarpien en arrière et le maintenir fortement afin que dans le mouvement de la flexion il ne se porte point davantage dans la paume de la main en fuyant devant la partie postérieure de la première phalange;

3° Quand l'extension est suffisamment faite, imprimer un mouvement de rotation de dehors en dedans de manière à dégager la tête du métacarpien de la portion musculaire qui étrangle;

4° Ce temps étant accompli, continuer les tractions jusqu'à ce que la partie postérieure de la première phalange soit arrivée au niveau de la tête du métacarpien; fléchir alors, en même temps que du pouce de la main gauche on repousse en arrière la partie déplacée du premier métacarpien.

Ce moyen n'est sans doute pas infaillible, mais il est rationnel et se déduit très bien des notions anatomiques.

M. Demarquay termine son mémoire en rapportant une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du premier métacarpien en haut et en dedans sur la partie postérieure du trapézoïde et du second métacarpien.

Névromes de l'avant-bras.

M. Robert. Une femme avait une série de tumeurs très douloureuses à la face antérieure de l'avant-bras, notamment sur le trajet de l'artère radiale. J'ai enlevé ce chapelet de névromes qui siégeaient dans une des branches du musculo-cutané. La production anormale occupe le centre du nerf, dont les fibres sont distribuées autour de la tumeur dont elles forment la coque; d'autres tumeurs sont traversées par une partie du cordon nerveux. M. Robin, qui a examiné la texture de ces tumeurs, les a trouvées composées de canalicules nerveux entourés de tissu fibreux.

Depuis l'opération, les autres névromes de l'avant-bras, auxquels je n'ai pas touché, ont cessé d'être douloureux; je ne sais si ils reviendront; l'ablation n'en serait indiquée que dans cette hypothèse; j'attendrai.

M. Morel-Lavallée rappelle le cas de névromes multiples qu'il a présentés antérieurement à la Société, et dont il avait soigneusement étudié la texture de concert avec MM. Lebert et Robin. Il fait remarquer que l'éparpillement des fibres nerveuses autour de la tumeur a été très bien indiqué par M. Velpeau, qui a donné une idée de cette disposition en la comparant très heureusement à celles des côtes d'une bourriche longue qui sont bombées au centre et convergentes aux extrémités.

Hernie obturatrice.

M. Chassaignac présente un cas de hernie sous-pubienne, dont il donnera l'observation dans une prochaine séance.

Paralysie traumatique de l'avant-bras.

M. Maisonneuve présente une femme qui a eu tous les muscles de l'avant-bras paralysés du mouvement et du sentiment à la suite d'une chute de sa hauteur.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 25 juin 1851.

Présidence de M. Danyau.

Luxation du pouce.

M. Gosselin. M. Demarquay a mieux précisé qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le rôle des ligaments latéraux; quant à la rotation combinée avec les tractions, c'est une manœuvre de réduction qui, si elle n'était pas aussi explicitement décrite dans les livres, était depuis longtemps dans la pratique. Quand on rencontre des difficultés, surtout dans les luxations anciennes, n'a-t-on pas l'habitude, dès que les simples tractions deviennent insuffisantes, d'y joindre des mouvements de rotation?

M. Robert. Il y a ici, en effet, deux points qui me paraissent hors de doute, c'est que le procédé était employé et que M. Demarquay l'a mieux formulé. La déchirure du ligament latéral externe est constante; c'est ce que j'avais déjà établi avec plusieurs autres chirurgiens, et cette opinion se trouve confirmée par M. Demarquay. Mais je crois que notre collègue a trop généralisé les cas d'application du procédé. L'obstacle à la réduction n'est pas toujours dans la boutonnière musculaire; M. Pailloux a présenté à la Société anatomique une série de pièces où cet obstacle était constitué par la bandelette fibreuse antérieure qui s'interposait aux surfaces articulaires et s'opposait à la restitution de leurs rapports normaux. J'ai vu ces pièces et ces expériences, dont il est impossible de nier la signification. Dans ce cas, évidemment la rotation serait inutile, et d'autres dispositions peuvent se rencontrer où elle ne le serait pas davantage; M. Demarquay n'en a pas moins démontré dans son intéressant mémoire le parti qu'on put tirer de ce procédé dans le cas analogue à celui qu'il a observé.

M. Demarquay. J'ai eu si peu la prétention de présenter un travail entièrement neuf que j'ai cité quelques-uns des faits que vient de rappeler M. Robert; j'ajouterai même que Lisfranc et d'autres chirurgiens avaient déjà signalé sur le cadavre l'obstacle que j'indique. Ce que j'ai voulu prouver, c'est que la difficulté ne pouvait résider dans les ligaments latéraux, puisqu'ils sont détruits. Pour

ce qui est du ligament antérieur, je n'ai pu découvrir aucun fait clinique où l'on ait constaté le rôle que lui assigne M. Pailloux; je n'ai pas non plus réussi à obtenir le même résultat dans mes expériences, et je suis porté à penser que ce résultat est la conséquence du mode de préparation que M. Pailloux avait fait subir à ses pièces, puisqu'on ne peut pas le reproduire sur une main intacte. Il me semble donc que la boutonnière musculaire est le plus souvent l'obstacle à la réduction. Si l'on veut bien ne pas oublier que Dupuytren a pratiqué la section d'un des bords de cette boutonnière et que M. Malgaigne en fait encore son précepte, on se convaincra peut-être que la rotation en dedans était un procédé moins vulgaire qu'il ne le paraît.

M. Giraldès. Aux faits cités par M, Demarquay, j'en ajouterai un analogue de Stanley, qui a constaté à l'autopsie que l'obstacle à la réduction était le tendon du long fléchisseur. Il n'est pas hors de propos de rappeler la modification que M. Sédillot a apportée aux tentatives de réduction. Au lieu d'exercer immédiatement les tractions, il exagère d'abord le déplacement en fléchissant davantage la phalange en arrière pour le ramener à sa place par un mouvement combiné d'extension et de rotation. C'est un point qui a été traité par M. Michel dans la *Gazette médicale de Strasbourg.*

M. Maisonneuve. Ces résistances de brides fibreuses, de ligaments, de muscles, de veines enroulés autour de l'os ou interposés aux surfaces articulaires, tout cela est connu d'une manière générale; ce qui ne l'est pas et ne le sera peut-être de longtemps, c'est le moyen de diagnostiquer la nature de l'obstacle, son siége, ses dispositions diverses, d'une manière assez sûre pour que cette appréciation serve de guide dans les manœuvres. Dans l'incertitude des conditions des difficultés qu'il a devant lui, le chirurgien imprime au membre toutes les attitudes, tous les mouvements, la rotation comme les autres, et il obtient quelquefois le succès de la manœuvre qui semblait d'abord moins le promettre. C'est ainsi qu'un rebouteur réduisit une luxation de la hanche contre laquelle l'art avait échoué à l'hôpital Saint-Louis. Il ne faudrait donc pas attacher trop d'importance à ce mouvement de rotation, auquel on avait d'ailleurs recours dans l'occasion.

M. Demarquay. Je suis bien porté à croire que les chirurgiens ont souvent opéré le mouvement de rotation dans la réduction de

la luxation du pouce; je l'ai, je crois, étudié davantage en l'exposant avec plus de précision.

Rapport. — Élection d'un membre correspondant.

M. FORGET lit un double rapport sur la candidature de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Après avoir rappelé les travaux publiés par le candidat et avoir particulièrement insisté sur un volume édité récemment et ayant pour titre : *Essai thérapeutique sur l'iode*, le rapporteur aborde les mémoires manuscrits qu'aux termes du règlement l'auteur a dû envoyer à l'appui de sa candidature.

Le premier a pour titre : *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée.* Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante ans, atteinte depuis six jours d'une hernie étranglée dont les symptômes étaient modérés, peu intenses, si bien qu'on eût pu se croire, en s'en rapportant à eux exclusivement, on ne peut mieux fondé à temporiser et à repousser l'opération du débridement; cependant, M. Payan pratiqua la kétotomie, et bien lui en prit, car il trouva l'intestin qui formait la hernie déjà d'une couleur noirâtre prononcée.

En adressant ce fait à la Société de Chirurgie, l'auteur a eu pour but, dit M. Forget, de démontrer que l'entérocèle peu volumineuse et récente ne s'accompagne pas toujours de symptômes très aigus, et que la loi formulée à cet égard par la plupart des chirurgiens est sujette à des exceptions.

Sans nier ces dernières, je ferai remarquer, poursuit le rapporteur, que les circonstances étiologiques et anatomiques qui ont motivé la loi rappelée par M. Payan n'existaient pas chez sa malade. C'est bien d'une entérocèle qu'elle était atteinte; mais dans quelles conditions celle-ci s'était-elle produite? Etait-ce à l'improviste, brusquement, et sans que les orifices herniaires aient été de longue date préparés en quelque sorte au déplacement viscéral? Non; l'observation nous apprend que c'est lentement et après quinze mois de va-et-vient dans le canal herniaire que la tumeur, irréductible une dernière fois, a fini par s'étrangler. Or, en pareil cas, il n'est pas étonnant que, bien que formée par l'intestin seul, la hernie n'ait pas été du nombre de celles qui se font remarquer

par l'acuité des signes de l'étranglement. J'ajouterai que la malade, d'ailleurs, était d'une assez chétive constitution, peu susceptible par conséquent d'une réaction énergique et soutenue.

En poursuivant l'analyse du fait mentionné par M. Payan, on retrouve un rapport évident entre la nature de la lésion anatomique et la signification du symptôme : peu ou point de vomissements; pas de sensibilité ni dans la tumeur herniaire, ni dans l'abdomen ; en regard, nulle trace de phlegmasie péritonéale ni dans le sac, ni dans la cavité abdominale. Enfin, si on examine l'anse intestinale, on voit que la constriction par l'anneau qui en a déterminé l'irréductibilité a eu pour effet d'y produire une congestion sanguine toute passive, et bientôt une véritable asphyxie. Or, les conséquences d'une telle disposition, qui peut être comparée à l'effet produit par les ligatures dont on se sert pour détruire certains tissus accidentels, sont : l'abaissement graduel de la sensibilité, la dégradation plus ou moins marquée et plus ou moins prompte de la vitalité, puis une suffusion sanguine dans le tissu cellulaire interposé aux tuniques de l'intestin; à un degré plus avancé, c'est le ramollissement des tissus organiques, la production de taches ecchymotiques, et, enfin, c'est la mortification et la gangrène de ces mêmes tissus : résultat grave et ultime qui peut arriver de la manière la plus insidieuse, sans qu'aucun phénomène de réaction fébrile, soit local, soit général, en accuse l'imminence, et dont on ne s'aperçoit qu'à l'affaissement brusque et imprévu de la tumeur herniaire.

On ne saurait donc trop appeler l'attention, ajoute M. Forget, sur cette variété d'étranglement. Pour se guider, le chirurgien devra tenir grand compte de la durée de ce dernier; c'est sur cette donnée que M. Payan s'est décidé à l'opération, et il a eu lieu de s'en applaudir, car l'aspect de l'intestin n'a pas permis de mettre en doute l'opportunité de celle-ci.

Le second travail de M. Payan a pour objet un *cas de névralgie faciale traitée avec succès par la cautérisation auriculaire*. A l'occasion de ce travail, le rapporteur discute la valeur de cette méthode appliquée au traitement de la sciatique : Il faut reconnaître, dit-il, que les notions anatomiques et physiologiques, aussi bien que les données de la thérapeutique rationnelle, s'accordent mal avec les guérisons plus que merveilleuses dont on a fait grand bruit

dans ces derniers temps, et qu'elles justifient l'incrédulité avec laquelle on se sent disposé à les accepter. Depuis Hippocrate, qui a émis cet aphorisme: *A duobus doloribus simul obortis vehementior obscurat alteram*, il n'est personne qui n'ait vu certaines douleurs névralgiques diminuer ou même cesser sous l'influence d'une vive secousse brusquement imprimée à l'organisme dont la sensibilité générale se trouve ainsi modifiée à l'improviste. Pour la production d'un semblable phénomène, il n'est pas besoin d'admettre que l'agent modificateur doive de toute nécessité porter sur un point déterminé de la surface du corps, et il est tout à fait inutile de créer en faveur de celui-ci une sorte de privilége sensorial dont ne donnent raison ni l'anatomie, ni la physiologie. Au surplus, les partisans de la cautérisation auriculaire ne s'entendent pas entre eux; les uns ont cautérisé l'hélix, les autres l'anthélix, quelques-uns enfin le tragus. Je rappellerai, en outre, que M. Duchenne, de Boulogne, a fait disparaître des névralgies en électrisant soit l'hélix, soit toute autre partie du corps. Ainsi tombe devant l'analyse tout le merveilleux de cette méthode curative, du moment où elle est dépossédée du siége qu'on lui avait attribué et qui seul en constituait l'originalité. Bien triste originalité! si, comme le prouve un travail publié récemment par M. le docteur Valleix, cette méthode a pour résultat le plus clair de brûler l'oreille de celui qui consent à s'y soumettre, et de placer le chirurgien dans la nécessité de lui dire: « Vous auriez pu être du nombre de ceux qui guérissent » ainsi; mais puisqu'il n'en est rien, passons à autre chose. »

Quant à l'application de ce mode de traitement à la névralgie faciale, l'adustion de l'oreille, c'est-à-dire d'une partie en continuité de structure anatomique et conséquemment en solidarité physiologique et pathologique avec le siége de la lésion nerveuse, est tout à fait rationnelle, et il n'est pas surprenant qu'elle guérisse cette dernière. L'effet thérapeutique est analogue à celui qu'on observe après la cautérisation transcurrente, si efficace dans le traitement des névralgies; il est analogue surtout à celui qu'on obtient par la cautérisation de la région dorsale du pied dans la névralgie sciatique.

D'accord avec l'auteur, M. Forget ne voudrait pas que l'adustion de l'oreille pût jamais devenir un moyen usuel de traitement dans la névralgie faciale; il est des moyens plus doux, le plus souvent effi-

caces, variables d'ailleurs suivant les circonstances et les indications. Enfin, on doit réserver le procédé dont il s'agit pour les cas seulement où tous les autres moyens ont échoué.

En terminant, le rapporteur insiste sur les antécédents de M. Payan, que des travaux distingués sur un grand nombre de points de chirurgie recommandent aux suffrages des membres de la Société; en conséquence, au nom de la commission, il propose l'admission de M. Payan à titre de membre correspondant.

M. Maisonneuve regarde comme très infidèle la cautérisation du lobule de l'oreille dans la sciatique.

M. Chassaignac. En cherchant un moyen qui pût triompher de certaines névralgies rebelles, et notamment la sciatique, je m'étais d'abord arrêté à la cautérisation plantaire avec trois et quelquefois cinq ou six moxas; neuf succès consécutifs semblent annoncer presque l'infaillibilité du remède; mais le dixième cas a été un échec. La névralgie a résisté aux moxas plantaires, et elle a cédé à deux prises de la mixture aloétique de M. Récamier.

— Il est procédé au scrutin, et M. Payan est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Sarcocèle dans le canal inguinal.

M. Larrey communique verbalement l'observation sommaire d'un cas assez rare de sarcocèle inguinal opéré par lui l'année dernière, et suivi, jusqu'à présent du moins, de guérison sans récidive. Il présente en même temps un dessin de la tumeur et la pièce anatomique.

Voici l'extrait de l'observation :

« M. X..., officier de l'armée d'Afrique, âgé de 38 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, a eu une jeunesse débile qui a exigé des soins infinis. Il a remarqué, vers l'âge de 15 ans, que le testicule droit était remonté vers l'abdomen sans redescendre dans les bourses. Il ne pense pas que cette disposition anomale soit native, et il en attribue la cause à un coup de pied de cheval qu'il aurait reçu dans le ventre à l'âge de neuf ans. Une autre contusion, quoique plus légère, survenue au mois d'août 1847, a suffi, selon lui, pour déterminer, un mois après, un engorgement du testicule engagé dans l'aine.

» M. X... réclame aussitôt les soins de M. le docteur Vital (de

Constantine), qui constate l'existence d'une orchite déjà devenue chronique et présumée tuberculeuse, d'après l'exploration de la poitrine et l'état général de la santé, mais sans complication d'accidents locaux. M. Vital prescrit, en conséquence, un traitement dont les moyens variés restent à peu près sans effet, après des alternatives diverses dans le développement de cette orchite inguinale.

» Le malade quitte l'Algérie pour venir en France au mois d'avril 1848, et il m'est adressé par mon honorable confrère et ami, dans la prévision qu'une opération deviendra nécessaire si un nouveau traitement reste inutile.

» L'exploration de la tumeur de l'aine offre, en effet, les caractères appréciables d'un engorgement chronique du testicule paraissant situé en dehors du canal inguinal, et déjà en voie de dégénérescence, soit tuberculeuse, soit peut-être cancéreuse. Une ponction exploratrice tend ensuite à établir ce diagnostic.

» La gravité du pronostic permet toutefois d'essayer pendant assez longtemps de nouvelles médications basées sur les saignées locales, les préparations d'iode et de fer, les vésicatoires volants et les soins hygiéniques ; mais c'est en vain. La maladie reste stationnaire, et après deux années d'absence M. X... revient à Paris me prier de l'opérer. Une consultation de M. Velpeau confirme le diagnostic d'un sarcocèle et prescrit la castration. Une exploration faite par M. Louis en indique aussi la nécessité.

» La tumeur alors (dans le courant de 1849), entièrement constituée par le testicule dégénéré, occupe toute la région de l'aine ; elle est à peu près aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, soulevant la peau à un degré extrême, et offrant une consistance ferme, résistante, comme fibro-squirrheuse ou carcinomateuse, plutôt que tuberculeuse.

» Je procède enfin à l'opération le 4 septembre, avec l'assistance de M. le docteur Charpentier, médecin de la famille, et de MM. Leroulx et Tamissier, chirurgiens sous-aides au Gros-Caillou. Une longue incision des téguments met le testicule malade à découvert, et permet de l'isoler d'autant plus facilement par la dissection et l'énucléation, qu'il se trouve situé dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané de l'aine, en dehors de l'anneau inguinal, dont l'orifice semble tout à fait effacé. Le cordon spermatique, atrophié, confondu dans ce tissu cellulaire, est lié sans peine et coupé.

» L'opération n'a pas duré cinq minutes ; elle a été indolore, grâce au chloroforme, et n'a offert aucune complication eu égard aux rapports anatomiques du sarcocèle et à l'oblitération du canal inguinal, qui a intercepté ainsi toute communication avec la cavité du péritoine.

» La plaie, longue de 15 centimètres, est réunie à l'aide de huit serres-fines dans presque toute son étendue, moins l'angle supérieur pour le passage de la ligature du cordon, et moins l'angle inférieur pour l'écoulement des liquides. Un pansement simple et les soins secondaires complètent l'opération.

» La tumeur examinée ensuite, comprenant le testicule et l'épididyme confondus ensemble, pèse 550 grammes ; elle a 14 centimètres de longueur, 10 de largeur, et 7 d'épaisseur. Sa surface extérieure, recouverte par une portion de la tunique vaginale, est ferme, résistante, comme le tissu fibro-plastique. Sa surface intérieure, mise à nu par une incision profonde, offre l'aspect du tissu encéphaloïde non ramolli, parsemé d'excavations avec des dépôts de matières semblables aux tubercules. Le microscope fait enfin reconnaître plus tard à notre savant collègue M. Lebert la réalité de l'élément cancéreux. Triste prévision pour les chances d'une récidive.

» Le résultat primitif de l'opération est cependant aussi heureux que possible. Le seul accident notable est une hémorrhagie par exhalation avec épanchement sous-cutané assez considérable, qui se résorbe cependant peu à peu à l'aide de la glace et de la compression, et qui laisse subsister pendant quelques jours dans le scrotum un noyau hématique offrant l'apparence d'un troisième testicule.

» Il est à remarquer aussi que la suppuration est à peu près nulle. La plaie, réunie dès les premiers jours, est suivie bientôt d'une cicatrisation définitive, et enfin un mois après l'opération, M. X... paraît complétement guéri. Il est revenu nous voir depuis cette époque, et n'a éprouvé jusqu'à présent aucune altération dans sa santé, ni aucun accident qui fasse craindre la fatale récidive. »

En communiquant le résumé de cette observation à la Société de Chirurgie, ajoute M. Larrey, je n'ai pas eu la prétention de lui faire connaître un exemple de guérison de sarcocèle inguinal par la castration, puisque le cancer dans cette région, comme partout

ailleurs, conserve sa fatale tendance à repulluler. J'ai désiré seulement exposer un cas de dégénérescence du testicule dans des conditions telles, que leur ensemble pourrait former la matière d'une étude des maladies de cet organe engagé dans l'aine.

Je m'étais proposé de faire quelques recherches à cet égard, en m'aidant surtout d'un très bon travail publié dès 1829, dans la collection des *Mémoires de médecine militaire*, par P. Robert, l'un des anciens élèves les plus regrettables du Val-de-Grâce; mais j'en ai laissé le soin à un autre élève distingué de cette école, M. Lecomte, qui vient d'adopter ce sujet de thèse, pour examiner à un point de vue plus général la question des ectopies ou déplacement du testicule.

M. Gosselin. Il serait important de savoir si le péritoine a été ouvert dans l'opération. On y est exposé, soit que la tunique vaginale ne se soit pas fermée, soit que son occlusion ait eu lieu dans un point que le bistouri n'a pu respecter. Chez un malade qui avait été opéré avec succès par M. Roux, cet accident était arrivé.

M. Larrey fait observer qu'il avait répondu d'avance à ces questions par des détails qui auront échappé à M. Gosselin.

M. Chassaignac. J'ai vu une épididymite blennorrhagique double chez un sujet qui avait un des testicules arrêtés dans l'aine; elle a été des deux côtés d'une intensité à peu près égale.

M. Debout. Il y a actuellement une de ces orchites dans le service de M. Velpeau; c'est le dixième cas qu'il a observé; mais elle n'a jamais existé que d'un seul côté et toujours dans le testicule qui était descendu dans les bourses; ce que le savant professeur explique par l'influence de la pesanteur.

M. Demarquay. Blandin avait vu de ces faits, et je l'ai vu moi-même extirper un testicule cancéreux arrêté dans le canal inguinal, On sait qu'il a proposé la ténotomie sous-cutanée d'un des piliers dans les cas d'étranglement du testicule contenu dans ce canal.

M. Morel-Lavallée. M. Jobert a également enlevé sans ouvrir le péritoine, et d'ailleurs avec succès, un sarcocèle renfermé dans le canal inguinal.

— M. le président annonce que dans la séance prochaine, à l'occasion de l'installation du nouveau bureau, M. Monod lira

l'éloge de feu M. Marjolin, ancien membre honoraire de la Société.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 2 juillet 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Danyau, en quittant le fauteuil de président, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de transmettre à mon honorable successeur les fonctions auxquelles votre bienveillance m'avait appelé, et dont elle m'a rendu, pendant un an, l'exercice si facile et si doux, permettez-moi de vous exprimer une fois encore toute ma reconnaissance. On peut être fier, et pourquoi n'avouerais-je pas que je l'ai été, de présider une société qui compte dans son sein les deux tiers des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris, le chirurgien en chef de notre premier hôpital militaire, les deux chirurgiens de l'hospice de Charenton, et qui n'a pas en vain ouvert ses rangs aux hommes qui, sans appartenir aux hôpitaux, se sont distingués par leurs travaux en chirurgie. Recevez donc, mes chers collègues, mes bien sincères remercîments pour l'honneur que vous m'avez fait, et que je n'oublierai jamais.

La Société a associé cette année à ses travaux un nouveau membre titulaire, M. Lebert, si connu par ses savantes recherches microscopiques et par les progrès qu'il a fait faire à l'anatomie pathologique chirurgicale. Elle a également admis quelques membres correspondants, parmi lesquels je citerai en particulier M. Parise, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, et M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix en Provence. Elle a fait, à la vérité, quelques pertes. M. Loir, forcé par le mauvais état de sa santé de quitter Paris, ne nous appartient plus qu'à titre de membre correspondant. MM. Ricord et Vidal, souvent empêchés aux heures des séances, sont devenus, sur leur demande, membres honoraires. La Société

a déjà exprimé à ces deux honorables collègues ses vifs regrets d'une décision qui la prive du concours habituel de leurs lumières. Je crois être son interprète en leur renouvelant aujourd'hui l'expression de ces regrets. Nous conservons l'espoir, déjà réalisé par l'un d'eux, que MM. Ricord et Vidal trouveront quelque attrait à revenir parmi nous toutes les fois qu'une question importante devra être agitée dans la Société.

Les occasions ne nous ont pas manqué cette année. Vous n'avez point oublié les discussions qui ont eu lieu sur l'ablation de certaines tumeurs, sur la réduction des luxations anciennes, sur l'anévrisme variqueux, sur l'hématocèle recto-utérine, sur l'inoculabilité des symptômes secondaires de la syphilis, etc.; discussions vives, animés, chaudes même quelquefois, mais toujours mesurées dans les termes, et se maintenant d'elles-mêmes au ton le plus parfait, comme il convient entre hommes assez jeunes encore pour défendre leur opinion avec chaleur, mais trop pénétrés, pour jamais les oublier, des sentiments qui les unissent.

Nos travaux n'ont donc point été, cette année, indignes de ceux que la Société avait déjà produits. Et pourtant, pendant quatre mois, neuf membres, retenus comme juges ou comme candidats au dernier concours pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté, nous ont fait défaut! Leur retour a été salué avec bonheur; le vainqueur était parmi eux.

Maintenant que personne ne manque plus à l'appel, redoublons de zèle, mes chers collègues. Le second volume de nos mémoires vient de paraître, et l'impression du troisième est commencée. Un premier volume de nos bulletins a été achevé cette année. Les procès-verbaux de nos séances, rédigés avec un soin extrême, sont recherchés et lus avec intérêt. La Société se maintient donc au rang élevé que ses travaux lui ont acquis. Mais pour qu'elle le conserve et qu'elle s'élève encore, ce n'est pas trop des efforts de chacun de ses membres et du concours de toutes les volontés.

M. Larrey, succédant à M. Danyau, s'exprime ainsi :

Messieurs et très honorés collègues,

Au moment d'occuper cette place, à laquelle vos bienveillants suffrages m'ont fait l'honneur de m'appeler, je mesure l'étendue des obligations qu'elle m'impose, et je me sens pénétré de la re-

connaissance que je vous dois, sans avoir encore acquis le droit de vous le dire en d'autres termes.

Le discours de M. Danyau, en vous retraçant quelques-uns des travaux que vous avez accomplis dans cette dernière année, m'indique les devoirs que doit remplir le président de la Société de Chirurgie. Mais ces devoirs ne me sont-ils pas enseignés déjà par l'exemple même de mon honorable prédécesseur et par la tradition de plusieurs d'entre vous? Comptez donc, mes chers collègues, que je ferai tous mes efforts pour répondre dignement à votre confiance, et pour veiller avec vous au maintien de notre devise: *Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

Éloge de Marjolin.

M. Monod s'exprime en ces termes:

Messieurs,

Quoique la Société de chirurgie ne soit encore arrivée qu'à la huitième année de son existence, elle a déjà fait deux pertes bien grandes. Auguste Bérard et Marjolin, que nous étions fiers de compter parmi nos collègues, nous ont été enlevés, l'un par une mort prématurée, l'autre après avoir parcouru une longue carrière heureusement et glorieusement remplie.

Je ne viens pas aujourd'hui renouveler les regrets que nous a causés naguère la mort d'Auguste Bérard; mais je vous demande la permission de rendre, au nom de la Société, un dernier hommage à la mémoire de notre maître vénéré, qui voulut bien être notre collègue, et qui a été enlevé l'an dernier par une longue et cruelle maladie à notre affection et à notre respect.

J'ai longtemps décliné le périlleux honneur de prendre la parole à cette occasion dans le sein de la Société de chirurgie, et je regrette que ceux de nos collègues qui étaient mieux en état de s'acquitter de cette tâche, tout à la fois si difficile et si douce, aient été empêchés de le faire. Vous me tiendrez gré, messieurs, de ma bonne volonté, et ne verrez que mon désir d'accomplir un pieux devoir envers celui qui guida et encouragea mes premiers pas dans l'étude de la chirurgie.

Jean-Nicolas Marjolin, né le 6 décembre 1780, à Ray, village de la Haute-Saône, orphelin de père dès sa plus tendre enfance, ar-

rivé à Paris pour étudier la médecine en 1800, après avoir passé quelque temps dans une étude de notaire, et essayé de la vie militaire, venu avec des ressources tellement exiguës qu'il était obligé de se loger dans une mansarde, à laquelle il n'arrivait qu'à l'aide d'une échelle, et de conserver pendant quelque temps son uniforme de dragon, est mort dans cette ville le 4 mars 1849, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et d'un grand nombre d'autres sociétés savantes; en possession d'une immense clientèle, au sein des jouissances que donne une grande fortune, objet des soins incessants et dévoués d'une épouse digne du nom glorieux qui lui avait été donné, et de deux fils, l'un marchant sur les traces de son père, l'autre marquant sa place, quoique jeune encore, dans la magistrature, entouré d'amis et d'élèves qui se disputaient le privilége de recueillir ses dernières paroles et ses dernières marques d'affection, ne laissant derrière lui personne qui eût besoin de lui pardonner.

Il est rare de rencontrer une plus brillante et plus douce vie. Beaucoup d'autres ont, comme Marjolin, conquis la fortune et la renommée; quelques-uns ont accumulé des titres scientifiques plus nombreux et une opulence plus grande; mais que de fois, hélas! c'est au prix du véritable bonheur! Que de fois, arrivés au terme de leur carrière, ils se sont aperçus avec amertume qu'ils n'avaient pas atteint le but pour lequel ils avaient consumé leur vie, comblés de biens et d'honneurs, mais cherchant toujours ce qui leur manquait, rassassiés, mais toujours affamés! Il n'en a pas été ainsi de Marjolin; il a goûté non-seulement les vives et fugaces jouissances de l'amour-propre, mais aussi les douces joies de la famille, et celles plus précieuses encore que procure une bonté incessamment éprouvée, et, arrivé au terme, il a pu voir arriver la mort sans frayeur et sans regrets, en paix avec Dieu et avec les hommes.

Ce n'est pas un simple motif de curiosité qui nous pousse à nous enquérir des circonstances de la vie des hommes qui ont marqué dans leur passage sur cette terre. Il y a dans cette étude un enseignement précieux qui parle souvent plus à l'esprit et au cœur que les plus sages exhortations, et dont tous peuvent profiter, soit pour s'élancer sur les traces de ces hommes célèbres, soit pour éviter les fautes qu'ils ont pu commettre.

Suivons donc notre maître dans le cours de cette vie dont le début a été si pénible et si modeste, et dont la fin a été si illustre; apprenons de lui comment on peut surmonter les obstacles et aplanir sa route; apprenons aussi comment on se fait pardonner ses succès et sa gloire, comment on évite l'orgueil, l'envie et la haine, triste cortége qui si souvent trouble l'existence de ces hommes privilégiés.

Mais en rendant à Marjolin le juste tribut d'éloges qu'il a si largement mérité, ne craignons pas d'être équitable, et pour ne pas décourager ceux qui seraient animés du noble désir de l'imiter, sachons apprécier les circonstances dans lesquelles il débuta.

Au commencement de ce siècle, lorsque le calme succéda aux orages qui avaient si fortement ébranlé la France, la route était moins encombrée que de nos jours pour ces hommes d'élite qui ont fait dans les sciences la gloire de cette brillante époque. En ce temps la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'était disputée que par deux rivaux; quatre concurrents se présentaient pour l'une de ces chaires, auxquelles on n'arrive aujourd'hui qu'après avoir usé ses forces dans une série de concours contre une foule de rivaux moins heureux, mais non moins méritants. Les difficultés augmentent d'année en année avec le nombre d'hommes qui se distinguent, et ceux d'entre nous qui ont à peine échangé le rôle de concurrents pour celui de juges peuvent répéter à ceux qui se pressent dans l'arène du concours, ce que Richerand disait à quelques-uns de nous, au sortir des épreuves d'une place d'aide d'anatomie: « Je suis bien heureux, messieurs, d'être venu vingt ans plus tôt. »

M. Marjolin aurait certainement frayé sa route vingt ans plus tard, mais il eût plus chèrement payé la victoire.

Marjolin nous donne lui-même la clef de ses succès dans le discours qu'il prononça à l'ouverture des cours de la Faculté de médecine le 5 novembre 1838. Il avait à faire l'éloge d'Alibert; il saisit cette occasion d'adresser aux élèves qui l'écoutent des conseils qui, on le sent, partent d'un cœur animé d'un sincère désir d'être utile à ces jeunes gens. En comparant le tableau qu'il trace de la vie de l'étudiant en médecine telle qu'il la conçoit avec les détails contenus dans une lettre écrite à son sujet par son ancien condisciple M. Gilbert de Savigny, il est facile de voir que le professeur a fait à son insu sa propre histoire.

Permettez-moi de vous citer de ce discours quelques lignes, qui ne pouvaient sortir que de la plume de celui qui avait consacré sa vie au travail :

« L'homme, messieurs, a été créé pour le travail : le pauvre y est forcé pour subvenir à ses pressants besoins, et trop souvent pour lui la mesure du travail excède celle de ses forces ; l'homme aisé, l'homme riche, celui-là même que la fortune a le plus largement comblé de biens ne s'appartient pas; il se doit aussi au travail. L'obligation ne lui est-elle pas impérieusement imposée de coopérer au bien-être physique ou à l'amélioration morale des autres ! Il ne peut vouloir se soustraire à cette obligation conservatrice de la société sans encourir la honte, sans s'exposer au mépris. Pour lui, d'ailleurs, l'obligation au travail est bien plus facile : loin d'être un poids difficile à supporter, elle devient l'élément principal de son bonheur ; elle entretient sa santé et développe ses facultés intellectuelles ; le préserve de l'ennui, cette lente torture de l'âme; chasse loin de lui l'oisiveté, cette mère trop féconde des désordres, des vices, des regrets inutiles. »

Il est peu d'étudiants qui aient autant travaillé que Marjolin. M. Gilbert, de Savigny, nous apprend qu'il se levait à quatre heures du matin et ne se donnait que deux ou trois heures de loisir à la fin de la décade. C'était en variant ses occupations qu'il se reposait.

Sans doute, il fallait une nature privilégiée pour profiter, comme l'a fait Marjolin, d'un travail même si opiniâtre. C'était, en effet, une riche organisation; une constitution vigoureuse lui permettait d'user largement des belles facultés dont il était doué ; son intelligence était prompte et sûre; sa mémoire était rapide, fidèle et surtout tenace; il joignait la rectitude du jugement à l'esprit d'observation, la concision et la finesse dans l'expression de sa pensée à une grande facilité dans l'élocution ; son organe, grave et sonore, donnait à sa parole un charme tout particulier. Avec de si puissantes armes, un travailleur tel que Marjolin aurait été sûr de vaincre ses rivaux s'il n'avait eu cette modestie et cette défiance de soi-même qui sont l'apanage du vrai mérite. Aussi devint-il rapidement élève interne, lauréat de l'Ecole pratique, aide d'anatomie et prosecteur. Marjolin se présenta dans onze concours successifs, dont le dernier lui valut la place de chirurgien en second de l'Hô-

tel-Dieu. Il n'échoua que dans un seul, qui est resté célèbre dans les annales des concours, celui pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Sabatier. Mais sa défaite même fut une victoire; sa place à l'Ecole était désormais conquise, et six ans plus tard, en 1818, il fut appelé par élection à occuper cette chaire de pathologie externe qu'il a illustrée jusqu'à la fin de sa carrière. C'est à l'enseignement que Marjolin doit surtout sa réputation. Je n'ajouterai rien à ce qu'en ont dit MM. Velpeau et Demarquay ; ils ont parfaitement fait ressortir le mérite solide de l'enseignement de Marjolin et le charme attaché à la manière dont il professait. Ses écrits sont un reflet de son enseignement. Sa thèse inaugurale, qu'il fut obligé d'écrire brusquement dans l'espace de quelques jours, consistait en une série de propositions de chirurgie et de médecine, dont M. Velpeau a présenté une analyse savante et exacte. Leur variété prouve que l'esprit observateur de Marjolin avait embrassé dans ses études tout le domaine de la pathologie et annonçait ce grand praticien qui devait plus tard obtenir la confiance générale non-seulement comme chirurgien, mais aussi comme médecin.

Son *Manuel d'anatomie*, qui a été si utile à nous tous, soit dans nos études anatomiques, soit dans les épreuves des concours d'aides et de prosecteurs, est le fruit de ses laborieux travaux comme professeur particulier d'anatomie, et ses nombreux articles de chirurgie dans les dictionnaires de médecine sont la reproduction de ses excellentes leçons à l'Ecole de médecine. Grâce à ces articles, cet enseignement si précieux ne sera pas entièrement perdu pour ceux qui n'ont pas eu le bonheur de l'entendre.

Mais s'il est instructif de considérer Marjolin comme professeur, il est plus profitable encore d'apprendre par son exemple l'art si difficile de bien pratiquer.

Avec les qualités d'esprit et de cœur dont il était doué et la haute réputation qu'il avait acquise, Marjolin devait attirer la confiance générale; jamais peut-être elle ne fut mieux justifiée. Son coup d'œil sûr et rapide, son tact pratique, sa vaste expérience assuraient la guérison des malades, dont il gagnait l'affection par sa bonté, sa douceur et l'agrément de ses manières. Qui de nous n'a saisi maintes fois l'occasion de s'aider de ses conseils et de s'initier à son contact dans ce savoir-faire de bon aloi que possédait Marjolin à un si haut degré? Quoique son désintéressement fût extrême

et que le pauvre fût assuré de ses soins à l'égal du riche, cependant il savait dans l'occasion, sans s'écarter des formes d'une urbanité parfaite, les faire estimer à leur juste valeur.

Un homme que Marjolin savait être fort riche vint un jour le consulter et en sortant lui laissa une papillote qui contenait une pièce de 2 francs. Venu une seconde fois, il voulut renouveler la manœuvre qui lui avait déjà si bien réussi. « Monsieur, lui dit Marjolin sans ouvrir la papillote, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de 20 francs. »

Marjolin avait opéré et guéri un pauvre Auvergnat d'une hernie étranglée; à quelques jours de là, ce brave homme vint lui rendre visite portant un gros sac. Marjolin refusa d'abord de rien recevoir; mais l'Auvergnat, soutenant qu'ayant bien travaillé il devait être bien payé, versa sur la table le contenu de son sac : c'était 12 francs en sous et petite monnaie. Marjolin convint alors avec lui qu'ils partageraient, ce que l'autre accepta, et il s'en fut en disant à son chirurgien, avec une expression trop énergique pour la rapporter ici : Monsieur, vous devez faire de fameuses journées.

Son indépendance de caractère et sa franchise étaient au-dessus de toute considération d'intérêt personnel. Il était prosecteur lorsque la nation fut invitée à voter sur la question du consulat à vie; Marjolin écrivit : « Non » sur le registre qui lui fut présenté. Thouret, alors doyen de la Faculté, le fit venir dans son cabinet, et lui représenta la gravité des conséquences que pouvait avoir ce vote pour son avenir; le rigide républicain répondit que, ce vote étant l'expression de son opinion, il n'était pas libre de le modifier. « Eh bien! je me permets alors de le détruire », dit Thouret en déchirant la page qui pouvait nuire à son jeune ami.

Si Marjolin a obtenu par son mérite et son génie pratique la haute position qu'il avait conquise, c'est à sa modestie, à sa bonté, à sa droiture qu'il a dû en grande partie le bonheur dont il jouissait pendant sa vie. Tous ses panégyristes ont à l'envie rendu hommage aux qualités excellentes qui ont valu à Marjolin l'estime et l'affection de ses maîtres, l'amitié de ses camarades et même de ses rivaux, le respect et le dévouement de ses élèves. Un seul homme a fait à cet égard une triste exception; je ne veux pas ici soulever le voile jeté sur les imperfections de caractère qui ont empoi-

sonné la vie de Dupuytren, mais il me sera permis de rappeler que les premiers froissements qui eurent lieu entre Dupuytren et Marjolin fournirent la preuve de la loyauté de ce dernier et de sa constance dans l'amitié.

Dupuytren avait injustement accusé M. Gilbert de Savigny d'avoir pris parti pour Laënnec contre lui, dans une discussion de propriété littéraire. Marjolin défendit son ami avec une vivacité qui pouvait compromettre ses propres intérêts. Un trait charmant achève de peindre Marjolin dans cette circonstance. Ce ne fut que longtemps après que M. Gilbert apprit ce qu'il devait à son ami. Malgré sa jalousie, Dupuytren appréciait Marjolin et ne cessa de l'estimer, d'autant plus que ce dernier n'oublia jamais, même dans ses rapports les plus pénibles avec son ancien maître, qu'il avait été son protecteur affectionné. Dupuytren, dans les dernières années de sa vie, avait même fini par céder au charme qu'exerçait Marjolin sur tous ceux qui l'approchaient; il ne craignit pas, un jour, de lui confier les chagrins de sa vieillesse. Lorsque notre collègue M. René Marjolin fut nommé élève externe, Dupuytren demanda à son père de l'envoyer à l'Hôtel-Dieu, témoignant ainsi publiquement de son estime pour son collègue.

Marjolin resta toujours attaché à ses premiers maîtres, même après qu'il fut devenu leur égal. Boyer surtout, dont la tournure d'esprit avait tant de rapports avec celle de Marjolin, et qui l'avait initié dans l'étude de la chirurgie, fut toujours vénéré par son ancien élève.

Marjolin arrivait à l'Ecole pour donner sa leçon, lorsqu'il apprit que son maître venait d'expirer; il entra dans l'amphithéâtre, s'assit dans sa chaire, et après un instant de silence: « Messieurs, dit-il, l'Ecole vient de faire une grande perte; M. le professeur Boyer est mort: il m'est impossible de donner ma leçon dans une circonstance si douloureuse. » Et il leva la séance, rendant ainsi à Boyer un hommage qui valait bien un panégyrique.

Lorsque quelques-uns d'entre nous eurent l'idée de fonder la Société de chirurgie de Paris, Marjolin applaudit à ce projet et encouragea nos premiers pas. Nos statuts invitaient nos collègues plus anciens que nous dans les hôpitaux à se joindre à nous; quoique nous eussions la conviction que la Société de chirurgie avait assez d'éléments de vitalité pour réussir et prendre la

place qui lui appartenait, nous aurions tenu à honneur de recevoir l'adhésion et le concours de nos maîtres. Nos espérances, quelque légitimes qu'elles fussent, furent trompées : Marjolin seul vint à nous ; il comprit l'utilité et l'avenir réservé à cette Société ; il y avait d'ailleurs, dans cette adhésion, un encouragement à donner à de jeunes collègues, et ce motif eût suffi à ce noble cœur. Il regrettait souvent de ne pouvoir assister à nos séances ; l'intérêt qu'il portait à la Société de chirurgie ne se démentit pas même à son lit de mort ; il se faisait rendre compte des discussions qui avaient eu lieu, et les éclairait parfois de ses réflexions. Il avait eu l'idée de consacrer à la Société de chirurgie les loisirs forcés que lui créait sa maladie, et j'ai eu entre les mains le commencement d'un manuscrit qui avait trait aux déplacements de matrice et qui devait être offert à notre Société.

Ah! messieurs, si quelque chose peut ajouter aux regrets que nous a causés la perte de ce maître si bon, si aimable, de ce praticien si judicieux, de ce professeur qui nous instruisait en nous charmant, ce serait d'avoir été privés de ce travail précieux, dans lequel il nous eût fait connaître les fruits de son immense pratique et de sa longue expérience.

La mémoire de Marjolin vivra toujours parmi nous ; nous apprendrons à la génération qui nous pousse, et qui bientôt nous remplacera sur ces bancs, à aimer Marjolin. Je ne sais si je me trompe ; mais il me semble que l'avenir de notre Société serait encore plus assuré si elle était placée sous le patronage de ce beau nom, et si nous rappelions les titres que Marjolin avait à notre affection en plaçant son buste dans cette salle. Si cette idée avait votre approbation, je proposerais que notre président exprimât à madame Marjolin le vœu que nous formons de posséder le buste de notre maître.

Puisse cet hommage de la Société de Chirurgie contribuer à adoucir les regrets de celle qui, après avoir embelli la vie de Marjolin et lui avoir fait goûter les joies du foyer domestique, a su, par sa tendresse et son dévouement de tous les instants, préparer le moment où il a été recueilli dans le sein de Dieu, qui l'avait comblé de tant de faveurs pendant sa carrière terrestre !

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 9 juillet 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Chassaignac donne les détails anatomiques suivants sur une hernie obturatrice dont il a présenté les pièces pathologiques dans la précédente séance.

Une femme âgée de 40 ans, phthisique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juin 1851. Elle avait deux hernies crurales, l'une à droite, épiploïque, l'autre à gauche, intestinale.

Des symptômes d'étranglement se déclarent, et à la visite du 10 juin on trouve l'état suivant : facies altéré ; vomissements de matières intestinales; ballonnement du ventre avec relief assez bien dessiné des bosselures de l'intestin; sensibilité du ventre, mais pas très vive. La hernie crurale droite est indolente et, selon toute apparence, épiploïque. La hernie crurale gauche, irréductible comme la première, est évidemment intestinale.

On ne décide pas l'opération, à raison des circonstances suivantes :

1° La hernie crurale gauche, quoique irréductible, ne présente pas le degré de tension et de sensibilité d'une hernie franchement étranglée.

2° La malade a eu dans la nuit une selle abondante.

3° Si tous les accidents observés ont eu pour cause un étranglement, il est à craindre que celui-ci n'ait déjà produit des résultats sur lesquels l'opération ne peut plus rien.

Le lendemain, 11 juin, les symptômes ont pris un tout autre aspect; ce sont beaucoup moins ceux d'un étranglement que ceux du choléra. La malade a bien encore des vomissements, mais elle a eu plusieurs selles abondantes; la face est décomposée; une sueur gluante et froide recouvre tout le corps, qui est lui-même à l'état de refroidissement profond. Le pouls est petit, concentré; les yeux sont profondément excavés; la langue est sèche et pâle ; cyanose générale et très prononcée existant sur toute la surface du corps. Pas de trace de la sécrétion urinaire depuis près de 36 heures. Ca-

thétérisme : résultat nul. Du reste, pas de taches scléroticales; pas de crampes ; voix très affaiblie, avec sensation douloureuse à la gorge ; c'est même la seule chose dont se plaigne la malade.

Dans la matinée du 11, le refroidissement et la cyanose vont en augmentant. Mort dans l'après-midi.

Ces symptômes de choléra chez des sujets atteints de hernie étranglée ont fixé l'attention de plusieurs auteurs modernes. M. Gosselin en a cité des exemples à la Société; M. Archambault, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a observé plusieurs faits de ce genre.

A l'autopsie, point de péritonite bien appréciable. Hernie crurale droite épiploïque peu volumineuse, adhérente. Hernie crurale gauche intestinale.

Au moment où on ouvre l'abdomen, on reconnaît qu'indépendamment des deux hernies crurales, une anse intestinale se rend directement au trou obturateur droit, dans la partie duquel elle s'engage. Elle résiste à une traction modérée faite pour la dégager de l'intérieur du sac; mais à une traction plus forte elle cède, et l'on constate que dans le point qui correspondait au collet du sac existe une empreinte circulaire bien distincte et annonçant une hernie sinon étranglée, du moins en voie d'étranglement. En observant l'orifice interne du sac par l'intérieur de l'abdomen, on remarque que cet orifice est plus spacieux que celui de la hernie crurale correspondante.

Après la dissection, on reconnaît que le sac herniaire s'est produit à travers l'échancrure en arcade renversée que présentent pour le passage les vaisseaux et les nerfs :

1° Le muscle obturateur interne;
2° La membrane obturatrice.

Les vaisseaux et nerfs sont au côté externe du collet du sac et du sac lui-même. Celui-ci, en partie recouvert par le bord supérieur du muscle obturateur externe, commence à pointer au-dessus de ce bord en le déprimant. Il résulte de là que, le pectiné étant enlevé, le muscle obturateur externe laisse apparaître à son bord supérieur, légèrement déprimé, l'hémisphère supérieur du sac herniaire sous forme d'un croissant à convexité supérieure. Le muscle obturateur une fois détaché, on aperçoit la totalité du sac.

Il est régulièrement sphéroïdal, nullement piriforme, du volume d'une prune.

Nous revenons sur la hernie crurale gauche, qui nous a offert quelques particularités dignes d'être notées. Elle est complétement intestinale, nullement adhérente. Au lieu d'être serré au collet du sac, son pédicule joue assez librement dans l'orifice de ce dernier, et cependant l'intestin ne peut être retiré de l'intérieur du sac par la cavité abdominale. Il est retenu par un obstacle insurmontable, à ce point que nous croyons à des adhérences. On ouvre alors le sac. Nulle adhérence ne s'y observe; seulement, l'anse intestinale qui forme la hernie est bleuâtre, quoique tout à fait exempte de gangrène, et dans une disproportion telle avec l'orifice du sac, que l'on comprend aussitôt comment la hernie était complétement irréductible. Cette première disposition, qui retenait invariablement l'anse intestinale dans la cavité du sac et par le moyen de cette anse, une bande mésentérique fortement tendue entre les attaches vertébrales du mésentère et l'intérieur du sac herniaire, donnait lieu à un mode d'étranglement interne assez curieux.

L'espèce de lanière mésentérique correspondant à l'anse intestinale contenue dans le sac était fortement tendue, non pas à la manière d'une corde libre et indépendante, mais sous forme d'une bride renfermée dans l'intérieur d'une trame organique et tendue par une traction qui s'exerce spécialement sur elle. D'un autre côté, on comprend que, malgré la mobilité dont jouissait encore l'anse intestinale crurale dans le collet du sac, il y avait par le fait seul de cette hernie de l'embarras dans le cours des matières intestinales. Or voici ce qui était arrivé. La portion d'intestin grêle formant ce qu'on appelle le bout supérieur, bout supérieur qui dans le cas particulier se trouvait à gauche de la bride mésentérique, s'était distendue par des matières intestinales. Par suite de sa distension et de l'augmentation du poids qui en résultait, cette portion d'intestin grêle avait subi un déplacement et un mouvement de demi-conversion, par suite duquel, au lieu de rester à la gauche de la bride mésentérique, elle était venue en passant au-devant d'elle se porter à droite et tomber par son poids jusque dans le petit bassin. Il résultait de là que l'intestin formait un coude très aigu dont le fond, ou, si l'on veut, l'angle de réflexion était occupé par la bride mésentérique sur laquelle l'intestin se coupait pour

ainsi dire comme sur une vive arête. L'intestin, s'étant plié en deux sur lui-même, comme les branches d'un compas ou comme un linge mouillé étendu sur une corde, rendait absolument impossible toute circulation des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

Les selles qui avaient eu lieu ne provenaient évidemment que de la portion intestinale placée au-dessous de cet étranglement. Celui-ci siégeait à une distance peu considérable du commencement de l'intestin grêle. Toute la surface interne de l'intestin était parsemée dans toute sa longueur de follicules blanchâtres comme puriformes analogues à ceux qui s'observent dans le choléra.

M. Gosselin. Je ferai observer à M. Chassaignac que la coïncidence des phénomènes cholériques avec la hernie étranglée n'est pas une chose aussi rare que peut le croire notre collègue. Ce fait a été observé souvent depuis 1832, et j'ai dû insister sur cette particularité dans ma thèse sur les signes de l'étranglement.

M. Maisonneuve dit que l'on ne peut pas toujours juger du degré de l'étranglement d'une hernie par ce que l'on trouve à la mort. En effet, après celle-ci, les parties tuméfiées par l'inflammation se dégorgent, et on ne voit les parties que revenues sur elles-mêmes et ne subissant plus les phénomènes de l'étranglement.

Correspondance.

M. Davart, médecin à Aix en Savoie et membre correspondant de la Société, adresse deux mémoires imprimés ayant pour titre, l'un : *Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle et sur une méthode nouvelle plus facile et moins dangereuse ;* l'autre : *Fractures de la clavicule.* (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.)

— M. Mascarel, médecin à Châtellerault, adresse un mémoire ayant pour titre : *Opération de l'hydrocèle suivie de tétanos.* (Commissaires : MM. Chassaignac, Huguier.)

— M. Auzias-Turenne adresse une lettre pour rappeler à la Société les principes qu'il a établis relativement à la syphilisation, et les résultats que vient d'obtenir M. Sperino, de Turin.

— M. Boinet lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vial, chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne, intitulé : *Du traitement des anévrismes par la galvano-puncture.*

L'opinion de M. Vial est que, si ce traitement n'a pu obtenir tout le succès qu'on devait en espérer, c'est à cause des accidents qu'il entraîne à sa suite, accidents qui pourraient être évités si l'on faisait fonctionner la machine électrique pendant cinq ou six minutes seulement au lieu de vingt-cinq minutes, et si au lieu d'une seule séance on en faisait plusieurs et jusqu'à la cessation complète des pulsations artérielles. Par ce moyen la galvano-puncture ne développerait pas de douleurs, il n'y aurait pas le moindre phénomène inflammatoire, et par contre on n'aurait à redouter ni suppuration, ni hémorrhagies, ni gangrène ; on obtiendrait la coagulation du sang dans le sac anévrismal sans oblitérer l'artère. A l'appui de ces idées, M. Vial rapporte un seul fait, qui, malheureusement, ne vient pas les confirmer, car le malade qu'il a opéré n'a plus voulu de la galvano-puncture à la quatrième séance, tant les douleurs qu'il avait éprouvées avaient été vives. Cependant ces séances n'avaient duré que 5 ou 6 minutes ; elles n'avaient pas amené la coagulation du sang dans le sac anévrismal, coagulation qui n'a eu lieu que vingt-huit jours après la dernière séance. D'ailleurs M. le rapporteur fait remarquer que le malade qui a succombé à une autre affection n'était pas radicalement guéri, puisqu'à l'autopsie on a trouvé le sac anévrismal rempli d'une espèce de bouillie, et *communiquant toujours avec l'artère qui était perméable;* d'où il conclut que la maladie se serait probablement reproduite si le malade n'était pas mort. Voulant bien apprécier l'état actuel de ce point scientifique, M. Boinet a recherché tous les faits publiés jusqu'à ce jour ; il en a trouvé vingt-trois qu'il a consignés dans son rapport et analysés avec soin. Il commence par rappeler que cette idée de guérir les anévrismes par la galvano-puncture appartient à M. Pravaz, qui ne l'a jamais appliquée sur l'homme ; que c'est en 1838 que Liston l'employa pour un anévrisme de la sous-clavière droite, mais sans succès, puisque le chirurgien anglais fut obligé de recourir à la ligature, et que déjà à cette époque on recommandait d'éviter les courants galvaniques trop violents pour ne pas gangrener les tissus. Il signale encore une observation publiée en 1838 dans les thèses de MM. Clavel et Gérald. Il s'agissait d'un anévrisme volumineux de la crurale, qui fut également traité sans succès par la galvano-puncture.

Quelques années plus tard, en 1845, M. Pétrequin reprit cette

question et publia un certain nombre d'observations qui sont relatées par M. le rapporteur et qui ne lui permettent pas de tirer des conclusions aussi favorables que celles que l'auteur a voulu en tirer; il fait connaître, enfin, les observations de plusieurs autres chirurgiens français ou étrangers qui se sont occupés de ce sujet, et avec tous les faits qu'il a pu réunir il est arrivé à conclure que ce point si important de chirurgie pratique est encore loin d'être éclairé, qu'il a besoin d'être résolu par une expérience clinique conduite dans les limites de la plus grande prudence, et que les chirurgiens devront encore, en attendant des résultats plus satisfaisants de la galvano-puncture, préférer la ligature.

Ainsi, sur 23 cas d'anévrismes traités par cette méthode, 8 de l'artère brachiale, 7 de l'artère poplitée, 2 de l'artère sous-clavière, 1 de l'ophthalmique, 1 de l'artère temporale, 1 de la carotide, 1 de l'aorte thoracique, 1 de l'artère cubitale et 1 dont le siége n'est pas désigné, il y a eu 13 insuccès complets (3 pour l'artère brachiale, 5 pour l'artère poplitée, 1 pour l'artère sous-clavière droite, 1 pour l'artère ophthalmique, 1 pour l'artère carotide, 1 pour l'artère aorte, 1 pour l'artère cubitale). Il y a eu 9 succès, sur lesquels 7 au moins permettent d'élever des doutes et comme résultats et comme traitement, car les guérisons ont eu lieu et à l'aide de la compression, de la glace et de la galvano-puncture et quelquefois aussi à la suite d'inflammation et de suppuration. Il reste donc 2 cas seulement dont la guérison a été bien constatée, mais n'a pas été obtenue sans accident aucun.

En présence de ces faits, dit M. Boinet, nous ne pouvons partager l'enthousiasme de quelques-uns de nos confrères et croire que la galvano-puncture doit être préférée à la ligature. Le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit de tous les chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément, et en les analysant il est facile de comprendre que les auteurs de ces observations ont plutôt consigné ce qu'ils voulaient obtenir que ce qu'ils ont obtenu et qu'ils ont écrit sans en avoir la preuve, mais par induction, lorsqu'ils ont dit que si telle ou telle condition était remplie on ne verrait pas survenir tels ou tels accidents.

En terminant, M. le rapporteur fait remarquer que les règles pour appliquer cette méthode ne sont nulle part bien tracées, que chacun agit à son point de vue, que tous croient trouver la cause

des accidents qu'ils ont remarqués dans l'appareil, accidents qu'ils paraissent sûrs de faire disparaître, mais sans en fournir aucune preuve, soit en modifiant l'appareil instrumental et son mode d'application, mais que jusqu'à présent les faits sont venus contredire la plupart des assertions des auteurs, puisque, malgré toutes les pré-précautions recommandées, c'est-à-dire que les piles aient été fortes ou faibles, qu'elles aient été construites d'une façon plutôt que d'une autre, que les courants aient été continus ou interrompus, les séances longues ou répétées, etc., les mêmes accidents se sont manifestés toujours les mêmes à peu près. Un seul fait qui a paru constant sous l'influence de l'électricité, c'est la coagulation du sang, encore a-t-il toujours fallu que le courant eût une certaine force pour l'obtenir promptement; mais alors les accidents sont plus certains; si le courant est faible, ces accidents sont moindres, il est vrai, mais la coagulation du sang est incertaine, nulle ou n'a lieu que longtemps après.

M. Giraldès. Je demande à ajouter quelques mots à l'historique de la galvano-puncture. M. le rapporteur attribue à M. Pravaz l'idée de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; je dois faire remarquer qu'en 1845 M. Benj. Philipps, chirurgien de l'hôpital de Westminster, en revendiqua la priorité dans une lettre adressée à l'Académie des sciences de Paris, dans laquelle il parle d'un travail qu'il a publié en 1832, où il est question de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; il dit qu'il eut occasion d'en faire l'application dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, et que M. Kente, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, l'employa également dans un cas d'anévrisme de l'artère carotide. Ces deux faits sont donc à ajouter à ceux cités dans le rapport.

On doit regretter que M. Boinet n'ait pas eu à sa disposition quelques-uns des travaux publiés en Italie sur cette matière, et surtout qu'il ne lui ait pas été donné de consulter en entier les faits qui ont servi de base à son travail; en effet, si M. le rapporteur avait eu à sa disposition les recueils où ils sont insérés, il aurait trouvé d'autres faits, et surtout des détails plus précis, qui lui auraient permis de juger plus favorablement la méthode de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes. Sans doute, cette appréciation qu'il en fait eût été plus complète et plus exacte s'il avait

comparé les accidents survenus à la suite de la galvano-puncture à ceux qu'on observe à la suite des ligatures des artères ; à ce point de vue, en jetant un coup d'œil sur la statistique des ligatures de l'artère fémorale publiée par Norris, il aurait conclu que les dangers de la galvano-puncture ne sont pas plus graves que ceux de la ligature. Sur 204 cas de ligature de l'artère fémorale recueillis par le chirurgien américain, on trouve 50 cas de mort et 6 cas d'amputation par suite de la gangrène du membre. Sur le chiffre cité, 188 cas appartiennent à des anévrismes ; sur ce nombre, on trouve 46 morts, 24 hémorrhagies consécutives, 16 cas d'inflammation et de suppuration du sac, 31 cas de gangrène et plusieurs cas de retour des pulsations dans le sac plusieurs mois après l'opération. D'ailleurs, un examen détaillé de tous les faits dans lesquels la galvano-puncture a été employée lui aurait permis de montrer que, dans un grand nombre de cas, cette méthode a été employée sans aucune donnée et d'une *manière irrationnelle*, soit dans le but d'essayer un moyen nouveau, ou encore en désespoir de cause, alors qu'aucun autre moyen ne pouvait plus être appliqué, comme dans l'observation d'anévrisme de l'artère carotide présentée au huitième congrès scientifique d'Italie, et dans le cas d'anévrisme de l'artère carotide publié par Hamilton. En analysant tous ces faits, on trouve la preuve de cette assertion, que, dans beaucoup de cas, les opérateurs se sont servis d'appareils variables, des piles à auge, à colonne, à courant continu, et dont l'intensité ainsi que le mode d'action leur étaient inconnus. Or, des expériences faites dans cette condition ne peuvent servir que comme renseignement, car elles ne sauraient fournir des données précises pour asseoir une conclusion.

M. le rapporteur, voulant traiter en entier et apprécier la valeur de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes, aurait plutôt dû faire ressortir toutes ces données. Avant de formuler ses conclusions, dont on est en droit de lui récuser les bases, il était nécessaire de montrer les points qui demandent à être examinés de nouveau, et surtout de faire sentir les deux points principaux qui dominent cette question, à savoir : 1° l'étude des indications ; 2° l'étude des meilleurs appareils à employer, ainsi que la durée et l'intensité du courant galvanique. Je trouve donc que M. le rapporteur s'est trop pressé de juger la méthode de la galvano-puncture.

Après une courte discussion, le travail de M. Vial et celui du rapporteur sont envoyés au comité de publication, et M. Vial est nommé membre correspondant.

Appareil à irrigation.

M. Maisonneuve. J'ai l'honneur de présenter à la Société un nouvel irrigateur vaginal qui me paraît remplir toutes les conditions désirables.

Depuis longtemps déjà, M. Foucaud, de Nanterre, avait imaginé un instrument destiné à pratiquer des irrigations vaginales continues en laissant les malades couchées dans leur lit ou sur un canapé. Cet instrument consistait en un cylindroïde en ivoire représentant une tête arrondie, un collet étroit formant gorge et une cuvette ou bourrelet saillant. Dans la longueur de ce cylindre étaient creusés deux canaux : l'un afférent, articulé d'une part avec un long siphon flexible et d'autre part terminé en arrosoir à l'extrémité du cylindre; l'autre, efférent, s'ouvrait par un large orifice dans le fond de la gorge ou rigole circulaire et se continuait à l'extérieur avec un tuyau de décharge. L'instrument étant introduit dans l'intérieur du vagin, l'eau arrivait par le tuyau afférent, baignait le col de l'utérus; puis, trouvant dans la cuvette un obstacle à sa sortie, s'écoulait au dehors par le tuyau de décharge, dont l'orifice était béant au fond de la rigole circulaire.

Tel était au moins le but que s'était proposé M. Foucaud. Malheureusement le résultat ne répondait que bien imparfaitement à l'intention.

Cette cuvette d'ivoire, destinée à retenir l'eau dans le vagin et à la forcer de s'écouler par le tuyau de décharge, rendait extrêmement pénible et souvent impossible l'introduction de l'instrument; d'une autre part, elle ne retenait que très incomplétement les liquides et les laissaient presque toujours couler entre elle et les parois vaginales de manière à inonder les malades.

Frappé de ces inconvénients qui neutralisaient presque entièrement le bénéfice des irrigations continues, j'eus l'idée de substituer une cuvette élastique et dilatable à la cuvette d'ivoire, dont le volume, la rigidité et l'insuffisance viciaient radicalement l'instrument. Je fis donc abattre cette cuvette, et je priai M. Gariel d'adap-

ter à sa place un de ses ingénieux pessaires en caoutchouc que l'on peut insuffler ou aplatir à volonté.

Grâce à cet heureux perfectionnement, les irrigations vaginales continues ne laissent plus rien à désirer. L'instrument, peu volumineux, peut être facilement introduit par les malades ; sa distension s'opère sans la moindre fatigue, et l'eau, parfaitement retenue dans le vagin, s'écoule seulement par le tuyau de décharge, sans suinter par la vulve, ni mouiller les garnitures du lit.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 16 *juillet* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. DEBOUT fait part à la Société d'une lettre de M. Pétrequin, dans laquelle ce chirurgien déclare que tous les malades dont les observations ont été consignées dans son mémoire, analysé par M. Boinet, sont complétement guéris.

De plus, la Société reçoit :

1° Un travail de MM. Desgranges et Lafargue, de Bordeaux, intitulé : *Quelques réflexions sur l'exercice des fonctions d'expert en médecine légale ;*

2° Le numéro de juillet du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas-Championnière.

Rapport.

M. GOSSELIN fait un rapport sur le travail de M. Bouvier, ayant pour titre : *Note sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle, par un diverticule de l'iléon.* M. Gosselin, après avoir fait connaître tous les détails du fait observé par M. Bouvier, se demande si la chirurgie doit rester inactive devant les faits de ce genre, et si le chirurgien n'est pas autorisé à recourir à l'opération de l'anus contre nature.

Discussion.

M. Maisonneuve. J'ai fait des recherches dans le but d'instituer une opération rationnelle, afin de faire disparaître les accidents déterminés par l'étranglement interne. Il résulte de mes expériences qu'une anse intestinale complétement détachée de l'intestin, et ne tenant plus que par le mésentère, peut continuer à vivre parfaitement. Il résulte aussi de mes recherches que l'on peut anastomoser la portion supérieure de l'intestin grêle (ce dernier étant coupé) avec le gros intestin. Dans tous les cas, les matières alimentaires arrivent plus ou moins rapidement dans le gros intestin, suivant la partie qui a été anastomosée. Lorsque la section n'a point été faite trop près du duodénum, la vie continue sans être profondément troublée; le bout inférieur subit une rétraction sur lui-même. Je me suis appuyé sur ces expériences pour conclure que, dans le cas d'étranglement interne, d'affection organique mettant obstacle au cours des matières et amenant promptement la mort, le chirurgien doit pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le commencement du gros intestin, ainsi que je l'ai indiqué dans le travail que j'ai publié sur ce sujet.

M. Morel-Lavallée croit que, d'après le dessin donné par M. Bouvier de l'étranglement interne que cet auteur a publié, ce qu'il y avait à faire, c'était de couper la bride qui avait occasionné l'étranglement.

M. Michon. Je trouve intéressants les détails que vient de donner M. Maisonneuve; mais peut-on rigoureusement induire des expériences de notre confrère que, dans le cas d'étranglement interne chez l'homme, on pourra pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le gros intestin. La première chose à déterminer, avant de tenter une opération, ce serait le point de l'intestin étranglé. Or, nos connaissances sur ce sujet ne sont point assez précises pour que nous puissions dire: L'étranglement siége dans tel point. A défaut de ces connaissances, on pourrait anastomoser une portion supérieure de l'intestin grêle, trop proche du duodénum, avec le gros intestin, et mettre ainsi le malade dans des conditions où la vie ne serait point possible. Mais supposons un instant nos connaissances assez précises pour déterminer nettement la partie étranglée. Sera-ce là encore une opération comparable, pour la

gravité, à la herniotomie? qui ne voit toutes les difficultés que présente une pareille opération! vous allez prendre une anse intestinale fortement distendue par des matières alimentaires; et après l'avoir incisée, vous anastomosez cette partie avec le cœcum. Pouviez-vous assurer, avant l'opération, que vous allez trouver le siége de l'étranglement, que vous distinguerez l'intestin grêle distendu du gros intestin; que vous connaissez la nature de l'étranglement? en dehors de ces conditions, je ne vois pas que l'anastomose soit applicable à l'homme. Je la rejette comme étant aventureuse et en dehors des conditions que réclame toute opération chirurgicale.

M. Debout fait observer que le siége de l'étranglement est souvent si difficile à connaître, que, même à l'autopsie, on ne peut le découvrir qu'avec beaucoup de peine.

M. Huguier a constaté à l'autopsie que la partie comprimée était derrière la masse intestinale; il put alors se convaincre que l'opération de la gastrotomie était impossible.

M. Maisonneuve. Dans les expériences que j'ai faites sur les animaux, je me suis mis autant que possible dans les conditions analogues à celles que nous rencontrons sur l'homme; j'ai vu mon opération réussir; dès lors j'ai cherché à voir si elle serait applicable à ce dernier, et j'ai vu qu'une incision de cinq à six pouces, pratiquée à la paroi abdominale droite au-dessus du ligament de Fallope, permettait au chirurgien d'arriver sur la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin. Dans un cas où j'assistais à une opération d'anus contre nature que M. Nélaton avait établi en ce point, j'ai pu me convaincre que l'on arrivait, même sur le vivant, à découvrir ces deux parties du tube digestif.

Quant à la distension de l'intestin et à la difficulté d'éviter les épanchements dans la cavité abdominale, je ne crois pas que ce soit là quelque chose au-dessus des ressources de l'art; on peut, en effet, vider complétement l'intestin avant de pratiquer l'anostomose; sans doute l'opération que je propose présente des difficultés et des dangers; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle elle est indiquée est grave et promptement mortelle; en un mot, c'est une dernière ressource.

M. Gosselin. Il serait, suivant lui, plus avantageux, dans les cas où une opération serait praticable, d'aller à la recherche de la

partie qui étrangle pour lever l'étranglement, ou d'établir un anus contre nature, ou même encore de pratiquer l'invagination.

M. Nélaton. J'ai eu occasion de pratiquer la gastrotomie pour remédier à l'étranglement interne. La première opération de ce genre que je fis, ce fut à l'Hôtel-Dieu, alors que je remplaçais M. Roux. Un jour, M. Vigla me pria de voir un malade qui portait un étranglement interne depuis quatorze jours ; je crus qu'il n'y avait rien à faire; mais le surlendemain, le malade vivant encore, je me décidai à établir un anus contre nature. Une incision fut faite à la paroi abdominale; j'attirai une portion d'intestin située au-dessus de la portion étranglée et j'établis un anus contre nature, et mon malade a guéri.

Dans une autre circonstance, je fus moins heureux : j'établis encore un anus contre nature; mais le malade succomba; je constatai alors par l'autopsie que la partie étranglée était à la fin de l'intestin grêle et que l'ouverture que j'avais pratiquée était voisine de la partie étranglée. Je n'hésiterais pas dans des circonstances semblables à pratiquer de nouveau la gastrotomie et d'établir un anus contre nature.

M. Lenoir. Je ne puis partager l'opinion de M. Nélaton sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qui consiste à établir un anus contre nature dans un point du petit intestin supérieur à l'étranglement, sur l'opération dans laquelle on va à la recherche de l'obstacle qui s'oppose au libre cours des matières dans le canal intestinal.

La première de ces opérations, qui n'est après tout que l'application au petit intestin de l'opération que Littre pratiquait sur le gros dans les cas d'imperforation de l'anus ou d'absence du rectum, ne me paraît pas avoir dans le cas d'étranglement interne l'avantage qu'elle a dans celui-ci. Je lui reproche de donner trop au hasard, de ne pas s'attaquer franchement à l'obstacle qui produit l'étranglement; enfin, de laisser subsister après elle dans la cavité péritonéale une portion d'intestin fortement enflammée ou déjà même gangrenée, qui causera sûrement une péritonite mortelle.

J'ai dit qu'elle laissait trop au hasard, parce qu'en premier lieu on pratique l'opération sans savoir d'avance si l'obstacle au cours des matières est placé près ou loin du duodénum; ensuite parce que,

quand on pratique celle-ci, comme on ouvre la première portion d'intestin qui sc présente à la plaie du ventre, il peut se faire que cette portion soit voisine du duodénum, et dans ces deux cas qui ne voit qu'après l'établissement de l'anus artificiel il ne restera entre l'estomac et cet anus qu'une étendue d'intestin insuffisante pour l'élaboration des aliments et la nutrition de l'opéré ! Pour moi, jc voudrais, avant de pratiquer une pareille opération, être plus certain qu'elle profitera au malade en cas de réussite, et cette certitudc, on ne peut l'avoir en opérant comme je viens de le dire.

En second lieu, l'anus anormal què vous établissez dans ce cas est une infirmité dégoûtante dont vous ne pourrez délivrer votre malade qu'à la condition de rétablir la continuité du canal intestinal au-dessous du point incisé; or vous ne faites rien pour obtenir ce résultat, et cette continuité ne se rétablira que s'il plaît à Dieu de la rétablir.

Enfin, vous laissez subsister dans la cavité péritonéale une masse plus ou moins volumineuse d'intestin étreinte à son pédicule par une bride plus ou moins serrée et qui en produira la mortification si elle persiste; or vous ne faites encore rien ici contre cette cause de péritonite, et la mort en sera la terminaison certaine.

L'opération qui consiste à aller à la recherche de l'étranglement en ouvrant largement la paroi abdominale antérieure, si elle réussit, n'a aucun de ces inconvénients; par elle, on arrive à l'obstacle, on peut en apprécier la nature, on peut le lever et finalement remettre les choses dans l'état où elles étaient avant l'accident. Jc sais bien que ce résultat s'obtient rarement, qu'il est difficile à obtenir et que souvent même on a été contraint d'abandonner l'opération commencée faute de renscignements préalables sur le siége de l'étranglement; mais ces difficultés d'application ne lui ôtent rien de sa valeur, et, pour mon compte, je la préfère à l'entérotomie, qui ne remédie qu'à un seul accident de l'étranglement, la réplétion du bout de l'intestin supérieur au point rétréci et aux vomissements qui en sont l'effet, et qui, même en cas de succès, place l'opéré dans des conditions d'existence problématiques et dégoûtantes.

M. Nélaton. J'accepte, avec M. Lenoir, que le malade opéré peut succomber aux suites de l'opération et même d'inanition; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle la gas-

trotomie est pratiquée est presque toujours mortelle. Mais je ne puis pas admettre qu'il soit aussi difficile d'arriver sur la partie inférieure de l'intestin grêle que le pensent plusieurs de nos collègues. L'anatomie pathologique nous a appris que le plus souvent ces étranglements siégent sur la partie de l'intestin qui se rapproche du cœcum. La tympanite, qui survient toujours, peut servir au diagnostic du chirurgien, en lui indiquant d'une manière approximative la longueur de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement. D'ailleurs, l'anus contre nature n'est point une infirmité irrémédiable. Nous avons pu, M. Denonvilliers et moi, faire disparaître cette infirmité par une opération qui consiste à isoler l'intestin des parois abdominales contre lesquelles elles sont appliquées, et en pratiquant la suture de Gélis.

M. Chassaignac. La principale gravité de l'opération à laquelle on soumet le malade affecté d'étranglement interne est incontestablement d'ouvrir le ventre. Pourquoi, alors que ce premier temps est accompli, ne pas aller à la recherche de l'obstacle, le faire disparaître et rétablir l'anus contre nature, lorsqu'il est bien démontré qu'aucune autre opération n'est praticable? Je ne crois pas que la tympanite même très étendue soit une preuve que l'étranglement intestinal existe à la partie inférieure de l'intestin grêle. J'ai pu me convaincre tout récemment qu'une faible portion (deux pieds et demi) d'intestin développé par des gaz donnait au ventre un développement assez considérable. De plus, cette anse intestinale de deux pieds et demi s'était portée du côté de la fosse iliaque droite qu'elle distendait.

MM. Michon et Lenoir font observer à M. Nélaton que dans la majorité des cas l'anus contre-nature est complétement insuffisant. Il remédie à un des accidents nombreux que détermine l'étranglement interne; mais l'étranglement lui-même persiste comme maladie avec toute sa gravité. Et en supposant que le malade survive à la maladie et à l'opération, ils ne voient pas comment par la suture de Gélis il sera facile à M. Nélaton de rétablir le cours des matières, attendu que l'obstacle au cours de celles-ci sera toujours persistant. Aussi ces messieurs font-ils observer que dans le cas où M. Nélaton a réussi à faire disparaître l'anus contre nature, ce dernier n'avait point été établi pour remédier à un étranglement interne, mais bien pour remédier à la difficulté où se trouvait le ma-

lade de rendre ses matières à la suite d'une hernie étranglée et réduite.

M. Denonvilliers. Il est vrai que l'opération est grave et qu'elle offre peu de chances de succès; mais il ne faut pas oublier que la maladie pour laquelle elle est faite est mortelle. Tout imparfaite que soit la gastrotomie, elle remédie à l'un des accidents les plus graves de l'étranglement interne, c'est-à-dire à l'impossibilité de rendre les matières, elle prolonge la vie, et permet à la nature d'agir.

Luxation du cristallin sans cataracte.

M. Larrey communique le fait suivant, et présente un malade qui fait l'objet de cette communication.

Un enfant de troupe, nommé Nicole, âgé de 13 ans, d'assez bonne constitution, a eu, à l'âge de 2 ans, des convulsions qui semblent avoir affaibli notablement sa vue, car dès lors, et d'après le dire de ses parents, il n'a pu reconnaître les objets qu'en les rapprochant très près de ses yeux.

Cette faiblesse visuelle a été constatée plus tard par M. Sichel, et considérée en 1847 comme un état de myopie; elle a nécessité l'entrée du petit malade à l'hôpital Saint-Antoine. Il en est sorti bientôt, après avoir présenté dans l'œil gauche quelques signes qui paraissaient être ceux d'un synchésis étincelant. Admis enfin, au mois de mai dernier, à l'hôpital d'Orléans pour une ambliopie double qui n'offrait alors aucune différence appréciable dans l'état des deux yeux, Nicole a reçu pendant quelque temps les soins de notre honorable confrère M. Valette, et a été évacué le mois suivant sur le Val-de-Grâce.

Une exploration faite à la clinique le 15 juin nous démontre l'état suivant :

L'œil droit est intact et n'offre aucune modification dans ses diverses parties; mais il est affecté d'une ambliopie assez prononcée, sans dilatation de la pupille, qui a même conservé sa contractilité.

L'œil gauche offre tout d'abord, et vu surtout par côté, une légère saillie de la cornée transparente, sans tache, ni ulcération. Cette saillie cornéale est due à la distension de la chambre antérieure, non-seulement par l'humeur aqueuse, mais encore par le prolapsus de l'iris mobile, tremblotant, sans déformation pupil-

laire, sans décollement et sans adhérence ou symétrie soit antérieure, soit postérieure. Cette propulsiou de l'iris en avant est, de toute évidence, produite elle-même par un déplacement du cristallin avec sa capsule séparée de ses attaches à la hyaloïde, mais sans présenter la moindre apparence de cataracte. La transparence du fond de l'œil paraît intacte, quoique l'on puisse présumer quelque altération, ou au moins un état de diffluence du corps vitré. La vue, d'ailleurs, est depuis longtemps abolie et la cécité à peu près complète. L'œil, enfin, serait amaurotique si la pupille n'avait conservé un peu de sa contractilité. Elle est surtout susceptible de se dilater davantage; mais en conservant sa forme régulièrement arrondie, elle se trouve plus rapprochée du bord supérieur que du bord inférieur de l'iris. La diplopie est habituelle.

Deux jours après avoir constaté cet état des yeux, une dilatation spontanée de la pupille gauche, survenue sans cause mécanique et sans effet artificiel, livre tout à coup passage au cristallin contenu dans sa capsule, et le rend parfaitement visible dans la chambre antérieure, où il conserve sa forme, sa mobilité, sa transparence enfin, sans aucune teinte d'opacité. Une zone brillante due au reflet de la lumière semble l'entourer, et, malgré son contact avec la cornée, il ne détermine ni douleur, ni aucun phénomène d'inflammation; mais il agit mécaniquement sur l'iris qu'il refoule en arrière. Cette singulière disposition subsiste pendant quelques jours sans aucun changement.

Le 22 juin, la dilatation de la pupille à l'aide de l'extrait de belladone détermine le retrait immédiat du cristallin en arrière de l'iris, véritable luxation plus facile à réduire qu'à maintenir réduite, car elle se reproduit bientôt d'elle-même, malgré quelques essais insuffisants pour la contenir. Réduite de nouveau et reproduite ainsi à plusieurs reprises, cette luxation existe avec les caractères qui viennent d'être indiqués, telle que je l'ai montrée hier à l'Académie de médecine, telle que je la présente aujourd'hui à la Société de chirurgie, non-seulement pour faire voir un cas singulier de luxation du cristallin réductible sans accidents et persistante sans opacité, mais pour savoir de mes honorables collègues ce qu'il convient de faire en pareil cas.

La plupart des auteurs, ajoute M. Larrey, qui ont décrit ou indiqué la luxation du cristallin la rapportent à la cataracte et surtout

à la cataracte traumatique ; tandis qu'aucun fait, à ma connaissance, ne démontre une aussi longue durée de ce déplacement sans rupture de la capsule, sans inflammation et surtout sans opacité. La complication d'amaurose semble autoriser, du reste, l'expectation jusqu'à ce que des accidents nécessitent une opération chirurgicale, et la plus rationnelle alors serait sans doute l'extraction du cristallin par le procédé le plus propre à prévenir l'issue totale des humeurs diffluentes de l'œil.

M. Lenoir. Le fait de M. Larrey est intéressant, car il démontre le passage d'un cristallin déchatonné non affecté de cataracte et passé dans la chambre antérieure. Il n'est pas rare de voir le cristallin cataracté se déplacer et tomber dans la chambre postérieure, et même dans l'antérieure ; on en a vu qui passaient ainsi d'une chambre à l'autre. Quant à l'opération qui pourrait être appliquée au malade de M. Larrey, j'écarterais tout de suite l'extraction du cristallin, à cause du ramollissement du corps vitré dont le *tremulus iridis* est un signe probable. Peut-être me déciderais-je à tenter la réduction, comme Demours a eu occasion de le faire ; pour cela, je dilaterais la pupille, et celle-ci, convenablement dilatée, je pratiquerais la réduction, et j'appliquerais immédiatement des compresses d'eau vinaigrée afin de ramener l'iris à son état normal. Si cette réduction était impossible, je déchirerais la capsule et j'amènerais le broiement du cristallin.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il y a déjà une légère opacité au centre du cristallin ; il serait, suivant lui, important de chercher à constater si les trois lumières que forment l'œil à l'état normal se voient encore dans les conditions nouvelles où se trouve le cristallin.

Diastasis de la colonne vertébrale sans déplacement du corps des vertèbres.

M. Denonvilliers met sous les yeux de la Société une pièce anatomique intéressante recueillie sur un malade de son service, mort à l'hôpital Saint-Louis à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Parmi les altérations que l'on constatait, il en est une qui a particulièrement fixé son attention ; c'est un cas de diastasis avec écartement des sixième et septième vertèbres cervicales, mais sans déplacement de celles-ci. Cet état pathologique avait été admis dans le *Com-*

pendium de chirurgie sur la foi de Bell, mais avec une certaine réserve.

Voici, d'ailleurs, en quoi consiste l'altération :

Le disque intervertébral compris entre la sixième et la septième vertèbres cervicales se trouve détaché dans sa partie moyenne du corps de la sixième vertèbre, tandis que les parties latérales restent adhérentes par sa partie inférieure et moyenne ; il adhère à la face supérieure de la septième vertèbre, mais les parties latérales se trouvent complétement détachées du corps de la septième vertèbre, qui, dans ce point, paraît lisse et polie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 23 *juillet* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Présentation des malades.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société trois malades dont deux doivent être opérés dans quelques jours. Le premier est un jeune homme de vingt-deux ans, qui porte à l'œil droit une tumeur considérable formée par cette variété de staphylome connue en ophthalmologie sous le nom de staphylome total et sphérique de l'iris et de la cornée. La tumeur est constituée non-seulement par le développement de la cornée qui écarte fortement les paupières, mais encore comprend une partie de la sclérotique, car la zone blanchâtre que constitue cette membrane à la circonférence de la tumeur est interrompue dans la partie déclive par quelques bosselures de couleur bleuâtre, qui sont évidemment de même nature que celles dont l'ensemble représente aujourd'hui la cornée. Ce malade doit être traité par l'ablation de la partie staphylomateuse.

Le second malade porte sur l'épaule gauche une tumeur du volume d'une pomme, sur laquelle on constate l'existence de la fluctuation. Elle a ceci de particulier que, quand on déprime avec le doigt le centre de la tumeur, on se sent presque aussitôt arrêté comme par une résistance solide. Ce n'est pas celle que l'on observe quand, après avoir déprimé à son centre une tumeur liquide,

ou arrive jusqu'à l'adossement des parois. Il semble donc qu'il y ait une couche liquide peu épaisse à la surface d'une tumeur en grande partie solide. Il n'y a point de transparence. C'est un cas de diagnostic assez difficile sur lequel avant d'opérer M. Chassaignac demande l'avis de ses collègues. La tumeur existe depuis dix mois; elle n'est le siége d'aucune douleur; il n'y a pas de changement de couleur à la peau.

Le troisième malade est un homme de quarante-quatre ans, qui, ayant été mordu par un cheval, a été traîné l'espace de dix à douze pas sans qu'il fût possible de faire lâcher prise à l'animal. Toutes les chairs de la partie antérieure, de la partie externe et de la partie interne ont été contuses et comme broyées. L'humérus n'a pas été brisé, mais la dénudation de l'os a eu lieu dans l'étendue d'un pouce à la partie latérale externe.

A la suite de cette lésion, on a remarqué un affaiblissement considérable du pouls à la radiale. De plus, il est resté sur le trajet de la brachiale, à sa partie inférieure, une tumeur non pulsatile.

Les battements de l'artère humérale existent très nettement dans la moitié supérieure du bras, ainsi qu'à la région axillaire. Dans la moitié inférieure, ils sont tellement obscurs que M. Chassaignac avait cru à l'oblitération de l'artère et à l'entretien par les collatérales des battements affaiblis de la radiale. Mais MM. Lenoir et Maisonneuve ayant perçu quelques pulsations dans le point où l'on disait l'artère oblitérée, ce malade devra être présenté de nouveau pour éclaircir le point en litige.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Payan (d'Aix) et Vial (de Saint-Etienne), membres correspondants de la Société, adressent des remercîments pour le titre qui leur a été accordé.

Reprise de la discussion sur la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes.

M. Debout, lorsqu'il présenta à la Société, il y a deux ans, le malade qu'il avait guéri à l'aide de la galvano-puncture, se basant d'ailleurs sur les faits connus, crut pouvoir présenter comme conclusion de son travail que dans le traitement des anévrismes trau-

matiques la galvano-puncture constituait une méthode de traitement préférable à la ligature. La conclusion opposée formulée par M. Boinet force M. Debout a examiner de nouveau la question.

M. Debout fait observer tout d'abord que les faits nouveaux qui se sont produits depuis cette époque ne sont pas venus atténuer son jugement sur la galvano-puncture, car les observations publiées signalent toutes des guérisons. Il se demande alors si M. Boinet ne s'est pas montré trop sévère en fait de succès, et il en trouve la preuve lorsqu'il voit le rapporteur ranger parmi les résultats négatifs l'observation IIe du mémoire de M. Pétrequin. Elle est relative à un abbé, âgé de cinquante-deux ans, affecté d'un anévrisme du pli du coude. Sous l'influence de la galvano-puncture pratiquée le 11 août, la tumeur devient dure, tendue, les pulsations cessent, etc. Aucun accident ne survient jusqu'au 26 août, époque de la sortie du malade, et tout annonce, dit en terminant M. Pétrequin, une guérison aussi complète que prochaine. M. Boinet a d'autant plus tort de ranger ce fait parmi les insuccès, que, d'après une lettre de M. Pétrequin, le temps n'est pas venu démentir le pronostic de notre confrère.

Le seul cas d'insuccès que M. Debout puisse admettre parmi les huit observations rassemblées par M. Boinet est celui de M. Vial, encore demande-t-il quelques restrictions; car la tumeur, qui présentait le volume d'un œuf de pigeon sous l'influence de la galvano-puncture, a subi un retrait tel, qu'à l'autopsie du malade elle ne présentait plus que les dimensions d'une amande. Or rien ne vient prouver que, si le malade n'eût pas succombé aussi promptement à la phthisie dont il était atteint, ce mouvement de retrait n'eût pas continué et fini par oblitérer complétement le sac anévrismal.

En présence d'un seul succès incomplet, M. Debout se croit en droit de maintenir sa proposition première, que la galvano-puncture est une méthode de traitement présentant de moins graves dangers pour les malades dans les cas d'anévrisme traumatique.

Pour les faits d'anévrisme poplité, en examinant les observations rassemblées par M. Boinet, M. Debout élimine d'abord le cas de M. Gérard et celui de M. Velpeau, puisque ce sont des faits dans lesquels l'acupuncture a pris une part bien plus grande que l'électricité, et il trouve trois guérisons sur six tentatives de galvano-puncture. Or en comparant ce résultat avec celui fourni par

la ligature de l'artère fémorale, on voit que l'avantage reste encore à la nouvelle méthode. M. Debout n'en conclut pas, cependant, que l'on doive débuter par la galvano-puncture dans ces cas; il pense, au contraire, qu'un chirurgien jaloux de faire courir à son malade le moins de chances défavorables possibles fera appel de préférence à la compression. Notre confrère se base sur les faits nombreux publiés en Angleterre.

Quant aux observations d'anévrismes des gros troncs artériels, bien que presque toutes soient des faits d'insuccès, M. Debout trouve dans plusieurs d'entre elles, celles de MM. Bossé et Courtelli, entre autres, qui sont des tentatives de coagulation dans des dilatations anévrismales de l'aorte thoracique, la preuve de l'innocuité de l'action de l'électricité lorsqu'elle est sagement conduite. Cependant l'étude des lois de la physique en vertu desquelles les phénomènes se produisent, celle des actes pathologiques qui ont pour résultat la guérison des tumeurs anévrismales, n'ont pas encore été assez étudiées pour qu'on puisse faire appel à la galvanopuncture avec quelque certitude de succès dans des cas aussi graves. M. Debout poursuit les expériences qu'il a entreprises à cet égard, et espère pouvoir bientôt lire à la Société un travail complet sur ce sujet.

M. Boinet. Dans l'avant-dernière séance, M. Giraldès nous a dit que l'idée de l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes avait été réclamée par M. Benjamin Philipps, qui aurait publié un travail sur ce sujet en 1832. Mais il nous semble que c'est en 1831 que M. Pravaz a émis cette idée; s'il en était ainsi, la réclamation de M. Philipps ne serait pas fondée. M. Giraldès a aussi rappelé deux exemples d'anévrismes traités par la galvano-puncture: l'un de l'artère sous-clavière, par M. Philipps; l'autre de la carotide, par M. Kente. Nous aurions su gré à notre confrère de nous dire où ces deux cas ont été publiés, si la galvanopuncture a développé ou non des accidents et quel résultat on a obtenu. Nous regrettons aussi que M. Giraldès ait fait la note qu'il a communiquée à la Société avant d'avoir entendu la fin de la lecture de notre rapport; il aurait vu que nous y avons consigné tous les faits et toutes les réflexions qu'il croyait probablement ne pas y trouver, et il se fût épargné le regret qu'il a éprouvé de ne pas trouver les faits et les observations des chirurgiens italiens que

nous avons indiqués d'une manière complète, et nous croyons, quoi qu'il en dise, n'en avoir omis aucun.

Notre collègue aurait voulu aussi nous voir établir une comparaison entre la ligature et la galvano-puncture. Ce travail, en effet, serait très important s'il était faisable ; mais aujourd'hui il nous paraît encore impossible. Pour qu'il fût utile et qu'on pût en tirer des conclusions vraiment pratiques, il faudrait d'abord un plus grand nombre de faits ; il faudrait que ces faits fussent mieux étudiés, que les règles suivant lesquelles la galvano-puncture doit être appliquée fussent mieux tracées, plus précises ; il faudrait que les opérateurs eussent agi avec moins d'incertitude, etc. Pour le moment, nous n'avions qu'à réunir tous les faits publiés jusqu'à ce jour, qu'à les examiner, les juger, les apprécier en eux-mêmes, voir les résultats qui ont été obtenus et toutes les circonstances qui les ont accompagnés... et de cet examen, il est résulté, pour nous, que nous ne pouvions pas encore conclure sur l'avenir de la galvano-puncture ; aussi avons-nous dit que cette question n'était pas encore éclairée suffisamment, que la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour étaient de nature à laisser les chirurgiens dans le doute et l'incertitude, qu'il fallait des faits mieux étudiés pour se prononcer définitivement, et qu'au point où en était cette question, bien des chirurgiens préféreraient encore la ligature ou la compression. Nous n'avons donc pas formulé de conclusion définitive, comme le dit notre honorable confrère, qui a critiqué notre rapport sans le connaître dans son entier.

M. Debout trouve que nous avons jugé cette méthode avec trop de sévérité, et dit qu'il a trouvé un bien plus grand nombre de succès que nous, que nous avons compté parmi les insuccès des cas qui sont des succès évidents ; il s'appuie de l'autorité de M. Amussat, qui, sur 18 observations de tumeurs anévrismales traitées par la galvano-puncture, aurait trouvé 11 succès et 7 insuccès, tandis que sur 32 observations nous n'aurions pas trouvé 11 succès ; il cite plusieurs faits qu'il regarde comme des guérisons, entre autres l'observation de M. Vidal, tandis que nous les regardons ou comme des insuccès, ou comme des cas douteux de guérison. Cette différence entre M. Debout et nous vient de notre manière différente d'interpréter les faits ; ainsi, nous lui dirons d'abord que, parmi les faits cités par M. Amussat, nous trouvons

deux insuccès : le fait de M. Guérineau, qui probablement n'était pas un anévrisme, et l'un de ceux de M. Bossé, l'observation d'anévrisme de l'aorte ascendante ; que, quant à celui de M. Laugier, il nous paraît faire double emploi avec celui de M. Debout, et que, parmi les autres, il en est plusieurs dont le succès nous paraît douteux, comme celui d'anévrisme poplité de Ciniselli. D'ailleurs, pour montrer à la Société si nous avons eu tort de considérer comme insuccès ce que M. Debout met au nombre des succès, nous prendrons pour exemple le fait qu'il a cité, celui de M. Vial.

Au bout de deux mois qu'il avait été opéré, le malade vint à mourir, et l'on trouva à l'autopsie que le sac anévrismal, rempli d'une bouillie ou bachis, *communiquant toujours avec l'artère qui est perméable*. Or, cette communication de l'artère avec l'anévrisme n'est-elle pas la meilleure preuve que la maladie n'était pas guérie, et qu'elle se serait probablement reproduite? Enfin, doit-on attribuer à la galvano-puncture toute seule, et qui n'a produit aucun résultat sensible pendant plus d'un mois, les résultats qui ont été obtenus au bout de cent-vingt-deux jours? La compression qui a été faite sur l'artère brachiale à plusieurs reprises et d'une manière permanente, les applications de compresses froides n'ont-elles pas contribué, pour leur part, à la coagulation du sang dans la poche anévrismale? Il résulte donc du fait lui-même et de toutes les circonstances qui l'ont accompagné, et que nous ne pouvons rappeler ici, qu'il ne peut être considéré comme une preuve évidente de la guérison d'un anévrisme par la galvano-puncture. Il en est ainsi de plusieurs autres que M. Debout range au nombre des succès, et qui sont, pour nous, des insuccès; alors il n'est pas étonnant que notre confrère trouve 16 ou 17 succès là où nous n'en trouvons que 10 ou 11.

M. Debout insiste pour que nous établissions une distinction entre l'opérateur et la méthode, et ne veut pas que nous mettions sur le compte de l'un ce qui appartient à l'autre. Ainsi, dit-il, les cas de MM. Gerard et Velpeau ne prouvent rien contre la méthode, et ne doivent pas être rangés parmi les insuccès, pas plus que le cas de M. Pétrequin, où le malade se refuse obstinément à une dernière séance de galvano-puncture. Il est vrai que dans le cas de M. Velpeau des aiguilles a acupuncture ont été laissées pendant plusieurs jours dans la tumeur anévrismale, et que leur présence a

déterminé des accidents ; mais il n'en est pas moins vrai que le galvanisme, qui avait été mis en usage, n'avait produit aucun phénomène de coagulation du sang. Quant au malade de M. Pétrequin, qui avait tellement souffert d'une première séance qu'il ne voulut pas en souffrir une seconde, ne doit-on pas en conclure que dans ce cas encore la galvano-puncture a été sans succès, quoiqu'elle n'ait été employée que pendant une seule séance. Quant à d'autres cas, considérés par MM. Debout et Amussat comme des succès réels, nous avons sur plusieurs émis un doute, parce que ces guérisons, qu'on pouvait à la rigueur regarder comme réelles au moment où les malades ont quitté l'hôpital ou le chirurgien, dans un cas, six jours après l'opération, dans d'autres, sept jours, dix jours, etc., il eût été nécessaire de les revoir longtemps après, pour savoir si ces guérisons ont été permanentes ; car le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit des chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément. Ce qui encore doit inspirer du doute sur ces succès, c'est que plusieurs sont dus probablement à la compression permanente ou longtemps continuée qui a été faite, à l'application du froid, à l'inflammation du sac et de l'artère, inflammation développée sous l'influence de la galvano-puncture ou de la compression. Et comme il est impossible de dire la part que chacune de ces méthodes a eue dans la guérison, il serait peu logique d'en faire l'honneur à la galvano-puncture seule.

M. Debout a encore appelé votre attention sur un autre point, c'est de savoir si cette méthode ne serait pas plus avantageuse pour les anévrismes traumatiques que pour les anévrismes spontanés ; c'est en effet ce qui semble ressortir des observations que nous avons réunies dans notre rapport; mais cet avantage pour les anévrismes traumatiques ne viendrait-il pas de ce que ceux-ci siégeaient sur des artères d'un calibre moins volumineux, et de ce que les artères humérale, radiale et cubitale sont moins considérables que l'artère crurale ou poplitée. En résumé, nous n'avons pas rejeté la galvano-puncture du traitement des anévrismes; seulement, nous avons dit qu'il fallait, pour les juger avec connaissance de cause, des faits mieux étudiés et plus nombreux.

— A cinq heures, comité secret.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 30 juillet 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société une thèse de M. O. Lecomte, chirurgien militaire, *sur les ectopies congéniales du testicule.* M. Gosselin, l'un des examinateurs de cette thèse, est prié d'en rendre compte dans un rapport verbal.

Communication.

M. le docteur Rigal (de Gaillac) présente à la Société un malade récemment opéré par lui d'un kyste développé dans l'épaisseur de la joue droite. La tumeur, située au-dessous de l'os de la pommette, en avant du muscle zygomatique et en dehors du sillon naso-labial, formait une saillie désagréable, grossissait assez rapidement et avait contracté des adhérences vers sa partie inférieure avec la peau. Son volume égale la grosseur d'une noisette. Le sujet, âgé de vingt-cinq ans et sténographe du conseil d'Etat, fut amené au docteur Rigal par son fils, dont il est l'ami intime.

Le 25 juillet (vendredi), à une heure de relevée, il fut procédé à l'opération de la manière suivante, en présence et avec l'aide de MM. le docteur Batut, Ribeil, Rigal et de Massias, élèves en médecine :

La tumeur fut comprise entre deux incisions elliptiques circonscrites l'une dans l'autre et suivant la direction du sillon naso-labial. Le lambeau de peau sacrifié a la forme d'un croissant mesuré par 4 centimètres d'une extrémité à l'autre et par 1 centimètre dans sa plus grande largeur.

Le kyste stéatomateux est enlevé par une dissection rapide et la plaie est réunie par quatre points de suture élastique. Une compresse imbibée d'eau fraîche et souvent renouvelée est le seul pansement mis en usage.

Le samedi soir, vingt-six heures après l'opération, l'épingle inférieure est enlevée.

Le dimanche matin, quarante-cinq heures après la coaptation, on retire les trois dernières épingles. Les applications d'eau froide sont continuées pendant une journée encore. La cicatrice était dès lors parfaitement solide.

A ce moment, sixième jour, il ne reste pour ainsi dire pas trace de la déperdition de substance. Les bords sont soudés épiderme à épiderme et dans la profondeur des parties. Le tact ne fait découvrir aucun engorgement sous-cutané. La ligne de réunion et les points d'entrée et de sortie des épingles se dessinent par une teinte légèrement bistre, qui ne tardera pas à disparaître.

Le docteur Rigal ajoute :

La Société de chirurgie connaît depuis longtemps ma suture élastique. Plusieurs de ses membres auxquels je l'avais communiquée s'empressèrent de m'en assurer la priorité d'invention dans la séance du 5 septembre 1849. Chaque point exige :

1° Une épingle plus ou moins longue, plus ou moins flexible ;

2° Une bandelette découpée dans une feuille de caoutchouc vulcanisé. Sa largeur varie de 4 à 6, 8 ou 10 millimètres et même davantage. Les moins épaisses sont les meilleures (1).

Passez l'épingle à travers la bandelette à 6 ou 8 millimètres de son extrémité ;

Plongez l'épingle dans une des lèvres de la plaie ; faites la ressortir à égale distance de la ligne de réunion sur la lèvre opposée ; tirez sur la lanière élastique ; appuyez celle-ci sur la pointe de l'épingle, qui la traverse une seconde fois : la suture est achevée.

Pour conduire l'épingle avec facilité, avec la certitude de la faire passer là où son action doit être plus utile, il *faut la tenir avec une pince à disséquer* ou un porte-aiguille à anneau, pénétrer à la profondeur convenable, reprendre l'épingle dans la plaie et la guider dans l'épaisseur du bord opposé à celui qu'on traversa d'abord.

Les points d'immersion et d'émersion de la broche métallique

---

(1) Les feuilles de caoutchouc dont je me sers viennent de chez M. Perroncel, rue Saint-Martin, n° 228. L'habileté de ce fabricant égale la complaisance avec laquelle il a mis à ma disposition toutes les ressources de ses ateliers. Je suis heureux de lui témoigner ici ma gratitude. (*Note du docteur Rigal.*)

doivent être à une distance assez grande du bord épidermique de la plaie : *près d'un centimètre.*

Si l'épingle était roide, inflexible, cette manière de procéder laisserait en avant une solution de continuité béante.... un V saignant.

Les épingles flexibles permettent, au contraire, de coapter la solution de continuité dans sa profondeur et épiderme à épiderme. Il suffit pour cela de jeter une anse de fil derrière leur extrémité au-dessous du bout de bandelette qui se trouve retenu par la tête de l'épingle. Tandis qu'à l'aide de l'anse un aide maintient les chairs rapprochées, le chirurgien presse sur la partie, courbe et façonne l'épingle, modèle en quelque sorte la surface réunie; puis, quand l'artiste est satisfait de son œuvre, il tire sur la bandelette élastique et fixe les choses comme il a jugé nécessaire de les disposer.

Chaque point se trouve alors formé par un arc métallique parfois d'une ténuité extrême, et par une corde rétractile. Celle-ci est un véritable ressort que le chirurgien trempe, en quelque sorte, juste au degré voulu.

La suture élastique a l'avantage d'affronter sans violence, de céder et de revenir sur elle-même selon le degré de turgescence des parties rapprochées et les phases diverses de l'inflammation traumatique. Elle comprime doucement et maintient à niveau les bords rapprochés. On peut multiplier les points sans inconvénient. On peut encore disposer par paires des *épingles jumelles*, c'est-à-dire réunies par une bandelette assez large pour couvrir l'espace qui les sépare.

L'épingle à insecte offre d'immenses ressources. Si la courbure qu'on lui imprime fait craindre que la bandelette en caoutchouc ne vienne à glisser, il suffit de couder brusquement les deux extrémités ou de les enrouler avec la pince à disséquer. On coupe un des anneaux au moment d'enlever le point.

Dans tous les autres cas, il faut rogner l'épingle du côté de la tête, et conserver la pointe, qu'on laisse saillir de 6 à 8 millimètres. La bandelette en caoutchouc doit être laissée assez longue du même côté.

Les choses ainsi disposées, il est facile de jeter une anse de fil entre l'épingle et la peau, de *déboucler* le point, de le serrer ou de le lâcher, selon l'exigence des cas, ressource précieuse, surtout dans le bec de-lièvre.

Pour éviter les stigmates toujours fâcheux du visage, il m'arrive souvent, dit le docteur Rigal, d'enlever les premiers points et d'en passer de nouveaux. Les sœurs de l'hôpital de Gaillac appellent cela *poser des épingles de sûreté*.

Le docteur Rigal montre à la Société divers dessins qui témoignent de l'efficacité de la suture élastique dans des opérations fort graves, telles que la chéiloplastie, des lipomes volumineux, etc.

Son but actuel a été de montrer par un exemple ce qu'il entend, avec l'école de son illustre maître Delpech, par *une réunion immédiate*.

Exilé, dit-il, loin de la pratique par ses occupations parlementaires, il profite d'une circonstance que le hasard vient de lui fournir pour préciser quelques détails d'un procédé consacré déjà dans la pratique des hôpitaux, et qui a reçu, principalement de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, un véritable baptême chirurgical.

(*Voir*, sur la suture élastique, Charles Laudre, thèse inaugurale, 13 mai 1851, sous le titre : *De la réunion immédiate et de ses avantages*, page 29, 30 et *passim*.)

A la suite de cette communication, M. Rigal soumet à la Société une observation intéressante d'affection nerveuse rebelle à tout traitement, et se demande avec le malade, auteur de l'observation, si la chirurgie ne doit point intervenir. (Une commission composée de MM. Michon, Denonvilliers et Huguier est chargée de faire un rapport.

Présentation de pièces.

M. Maisonneuve présente à la Société toute une portion latérale du maxillaire inférieur affecté de cancer, récemment enlevée sur une malade de son service, et dont nous donnons l'observation.

Le 8 juillet 1851, entre à l'hôpital Cochin Soliveau (Augustine), âgée de seize ans.

Cette jeune fille, non encore réglée, a toujours été très bien portante, lorsqu'il y a six mois environ les dents molaires de la mâchoire inférieure du côté gauche commencèrent à s'ébranler. En même temps, à l'angle de la mâchoire du même côté, survint une tuméfaction d'abord peu considérable, mais qui, augmentant rapidement, eut bientôt envahi tout le corps de la mâchoire jusqu'au

niveau des incisives près de la ligne médiane. Cette tuméfaction ne s'accompagna que de très peu de phénomènes : quelques douleurs lancinantes de loin en loin, un peu de gêne dans la mastication et la déglutition. L'état général est excellent, et n'a jamais été troublé.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que cette malade nous présente :

Tuméfaction énorme de la joue gauche, occupant surtout la région de la mâchoire inférieure depuis l'articulation temporo-maxillaire jusque près de la symphyse. Lorsqu'on vient à examiner cette tumeur, on voit de suite qu'elle est formée aux dépens du maxillaire inférieur, que les parties molles qui la recouvrent ne participent en rien à l'altération de l'os. Ainsi la peau a conservé sa couleur normale, sa mobilité ; toutefois quelques veines se dessinent à sa surface, mais encore sont-elles peu nombreuses et peu volumineuses.

Le maxillaire inférieur présente depuis la moitié de sa branche ascendante jusqu'au niveau de la deuxième incisive, un gonflement énorme occupant à la fois et sa face interne et sa face externe. Cette tuméfaction est inégale ; elle s'est faite par bosselures, dures, résistantes, sans élasticité, ne faisant entendre à la pression aucun bruit parcheminé. Une ponction exploratrice, faite quelques jours après l'entrée de la malade, a permis à l'aiguille de traverser de part en part le corps de l'os, au niveau de la première fausse molaire.

Les dents sont mobiles, leur direction est changée ; la dernière molaire est repoussée en dedans, les autres sont un peu déviées en dehors ; elles ne correspondent plus à celles de la mâchoire supérieure.

La muqueuse qui recouvre cette tumeur est d'un rouge violet, fortement injectée ; on voit à sa surface des veines assez volumineuses ; près du collet des dents, elle est ulcérée, fongueuse, saigne très facilement. Les ulcérations sont grisâtres et assez étendues, près des fosses molaires, surtout près de la dernière.

La tuméfaction ne s'étend, avons-nous dit, que jusqu'au niveau de la seconde molaire. Toutefois les dents, jusqu'à la première fausse molaire du côté droit, sont mobiles, quoique l'os dans toute cette étendue ne soit pas gonflé d'une manière bien évidente ; la

muqueuse qui le recouvre est fortement injectée et offre de nombreuses veinules très apparentes qui ont déjà pris un certain développement.

Le malade n'éprouve que très peu de douleur dans la tumeur, quelques élancements de temps à autre; la mastication ne peut se faire de ce côté; la respiration n'est nullement entravée; la voix est devenue nasillarde. Cela s'explique facilement, l'amygdale ainsi que les deux piliers du voile du palais du côté gauche sont repoussés en arrière et en dedans; la base de la langue l'est également un peu. Du reste, cet organe a conservé sa sensibilité et sa motilité dans sa moitié correspondante.

Osteosarcome, tel est le diagnostic.

La désarticulation de cette moitié du maxillaire est résolue.

L'opération est pratiquée le 17 juillet.

1° Une première incision est faite depuis le milieu de la lèvre inférieure jusqu'au niveau de l'os hyoïde;

2° De l'angle inférieur de cette incision on en pratique une autre qui, longeant le bord postérieur de l'os, vient se terminer au niveau du conduit auditif, passant au-devant du lobule et de l'anthragus de l'oreille.

3° Le lambeau est relevé de bas en haut et disséqué, afin d'isoler la face externe de la tumeur; une énorme quantité de sang vient entraver un instant cette dissection et la rendre pénible; quelques artères, la maxillaire, entre autres, sont liées. Cette dissection faite, l'apophyse coronoïde est dégagée, le tendon du temporal est coupé.

4° L'os maxillaire est scié au niveau de la deuxième incisive du côté droit au moyen d'une scie à chaînette; cette résection faite, on isole la face interne de la tumeur en relevant l'os.

5° Cette nouvelle dissection achevée, on luxe le condyle, la capsule vient faire saillie en avant; on l'incise, et avec un bistouri boutonné on rase la face interne du condyle afin de l'isoler complétement: de cette manière, on évite la maxillaire interne.

Quelques ligatures sont faites, le sang ne tarde pas à s'arrêter.

On procède au pansement. Quelques points de suture simple réunissent la muqueuse de la face postérieure de la langue avec celle de la joue, puis la peau est réunie dans toute son étendue par une suture entortillée.

La malade est reportée dans son lit.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération, la malade a beaucoup de fièvre (120), du délire surtout la nuit ; elle est très agitée ; elle sc plaint sans cesse, veut toujours boire, reporte son mal à la gorge. Cet état dure jusqu'au samedi ; la fièvre est bien moins forte, la malade moins agitée.

Dimanche 20, la réunion de la plaie est complète ; on ôte en partie les aiguilles. Le lundi, toutes sont enlevées. On peut examiner facilement la malade. La joue est revenue à son état normal ; pas d'inflammation, pas de tuméfaction. Le nerf facial a été conservé en partie. L'œil peut se fermer presque entièrement ; toutefois, il existe un peu d'exophthalmie. La commissure est un peu déviée ; celle du côté sain est portée en haut.

La malade va très bien ; toutefois, il y a quelques jours (3 août), au niveau de l'angle, il est survenu un petit abcès qui s'est fait jour par la plaie qui s'est ouverte dans ce point. Du reste, l'état de la malade est très bon.

Examen microscopique. — Une coupe pratiquée sur la tumeur donne au grattage un suc blanc, laiteux, visqueux. Dans les cavités kystiques se voit un liquide filant comme de la synovie, coloré en rouge par du sang mélangé. Ces deux liquides sont examinés à un grossissement de 500 diamètres.

Le liquide des kystes renferme une grande quantité de cellules cancéreuses de volume variable, mais très bien caractérisées par le noyau granuleux et deux ou quatre nucléoles. On voit également un certain nombre de globules sanguins. Le liquide ne renferme qu'un très petit nombre de granules et une très minime quantité de graisse.

Le liquide recueilli dans les masses qui infiltrent le périoste renferme bon nombre de cellules cancéreuses ; mais on y rencontre beaucoup plus de noyaux cancéreux, comme cela se voit, du reste, dans les cancers à développement très rapide. Point de graisse.

Les aiguilles périostales présentent tous les caractères du tissu osseux parfait. Structure lamelleuse et corpuscules très distincts.

— M. Lenoir met sous les yeux de la Société deux tumeurs du sein de la nature de celles qui ont été décrites sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques* par les Anglais, de *tumeurs adénoïdes* par M. Velpeau, et probablement de *corps fibreux de la mamelle* par M. Cruveilhier. Ces tumeurs qui, en clinique, se re-

connaissent à ce qu'elles affectent des femmes, en général, jeunes, à ce qu'elles ne sont accompagnées de douleurs qu'aux époques menstruelles, à ce qu'enfin elles sont dures et mobiles au sein de l'organe qui les recèle, offrent, en effet, au premier aspect, l'apparence de corps fibreux n'adhérant à la glande que par un tissu cellulaire lâche et filamenteux, qui forme autour d'eux une sorte de loge kystique dans laquelle ils se meuvent facilement. Leur coupe est blanchâtre et offre des divisions lobulées. Elles renferment peu de vaisseaux sanguins.

Ces tumeurs, examinées au microscope, sont incontestablement formées par un des lobes de la glande mammaire hypertrophiée. On y reconnaît, en effet, les grains caractéristiques de cette glande et les vaisseaux galactophores qui partent de ceux-ci.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 6 *août* 1851.

Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malades.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société un malade qu'il a opéré pour la troisième fois, il y a quinze jours, pour une tumeur fibro-plastique située à la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine, à la surface du grand pectoral. Malgré les deux récidives qui ont eu lieu, l'une au bout d'une année, la seconde au bout de six mois, la santé générale n'a été nullement troublée, et cet homme présente les apparences d'une bonne et vigoureuse constitution. Aucune tumeur ne s'est produite sur aucune autre partie du corps. C'est le propre du tissu fibro-plastique, quand il récidive, de se reproduire sur place et de ne pas se généraliser dans l'organisme, comme le fait l'affection cancéreuse. Les trois tumeurs enlevées successivement à la même place, la première il y a dix-huit mois, la seconde il y a six mois, la troisième il y a quinze jours, ont été de la part de M. Lebert l'objet d'une analyse microscopique attentive. Il n'y a constaté rien autre chose que l'élément fibro-plastique, mais sous une forme que l'on pourrait qualifier d'état nais-

sant ; car les tumeurs, dont la première, du volume du poing, offrait l'enkystement le plus parfait, étaient constituées par une masse comme gélatiniforme évidemment parcourue de vaisseaux, mais ressemblant à une substance amorphe et qui, avant les études microscopiques, eût été certainement prise pour de la matière colloïde.

— M. Monod présente un malade sur lequel il a pratiqué une injection iodée dans le genou gauche pour obtenir la guérison d'une hydarthrose chronique; cette injection a parfaitement réussi; le malade est guéri.

Correspondance.

1° La Société a reçu un mémoire de M. Chassaignac sur les hémorrhagies dans les cavités muqueuses;

2° Un mémoire manuscrit de M. Denonvilliers sur le traitement des anus contre nature.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce procès-verbal, M. Forget s'exprime de la manière suivante :

En examinant la pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Maisonneuve dans la dernière séance comme un exemple de cancer de la mâchoire, j'ai été frappé de sa ressemblance avec plusieurs pièces anatomiques qui m'ont servi à décrire en 1842 diverses espèces de kystes osseux développés aux dépens de l'os maxillaire.

Ces kystes, quelle que soit d'ailleurs la nature du produit qu'ils renferment, ont un caractère commun : celui d'être constitués par la dilatation de l'os, dont le tissu compacte se trouve de la sorte aminci. Il résulte de cette disposition une cavité osseuse, c'est le kyste, terme générique qui ne préjuge en rien de la nature de la maladie, qu'un examen plus approfondi mettra en lumière, permettant alors de classer la tumeur dans l'ordre de produits pathologiques auquel elle appartient réellement.

L'anatomie m'a démontré que des substances fort variées sont contenues dans ces kystes.

1° On y trouve de la matière purulente dans laquelle baignent des détritus de parties molles ramollies, fongoïdes; cette forme de kyste me semble correspondre à la maladie décrite par Astley

Cooper sous le nom d'exostose médullaire fongueuse. C'est une variété d'ostéite centrale avec ramollissement, ulcération et fongosité du tissu des gencives. Rien ne ressemble plus au cancer que cette forme de tumeur que j'ai décrite sous le nom de kystes à produits mixtes, qui peut cependant exister sans rien offrir de carcinomateux. Je crois que la pièce de M. Maisonneuve, si je l'ai bien vue, peut trouver sa place dans cette catégorie.

2° Du pus seul peut exister dans la cavité kystique; on en voit un exemple dans le mémoire de Bordenave inséré aux *Mémoires de l'Académie de chirurgie.*

3° Les kystes contiennent encore des produits solides. Ce sont des tumeurs fibro-cartilagineuses qui acquièrent souvent un volume considérable, impriment alors à la diaphyse de l'os une dilatation énorme; le tissu osseux compacte se prête merveilleusement au développement de ces tumeurs; il s'use, se perfore, le plus souvent se parchemine; mais il ne participe pas à la lésion primitive; il la circonscrit, il l'enkyste, *voilà tout.*

Ces tumeurs fibreuses, lorsque les dents ont été arrachées ou qu'elles ont été renversées sous la pression qu'elles déterminent, ne tardent pas à faire éruption dans la bouche, où elles sont plus ou moins flottantes, portées sur un véritable pédicule largement adhérent au fond de la cavité osseuse.

Ces tumeurs affectent avec le nerf maxillaire des rapports variés, suivant que la paroi supérieure du canal qui le renferme est ou non détruite : de là vient que ces tumeurs, souvent indolores, sont quelquefois le siége d'élancements fort douloureux.

La variété de kyste que j'ai en vue répond à l'état morbide décrit par Ast. Cooper sous le nom d'exostose médullaire cartilagineuse, dénomination impropre, suivant moi, car le mot exostose donne de suite l'idée d'une hypertrophie du tissu compacte de l'os, de la prédominance de l'élément terreux de celui-ci; tandis que dans l'espèce ce tissu compacte est aminci, raréfié et le plus souvent parcheminé si la maladie est ancienne.

4° Une quatrième variété de kystes, dont j'ai donné un exemple curieux dans le travail que j'ai rappelé en commençant, est le kyste multiloculaire. Il est composé par une infinité de loges qui semblent être les aréoles du tissu spongieux de l'os singulièrement dilatées et dans lesquelles la membrane médullaire hypertrophiée a

sécrété une humeur visqueuse ou séreuse, rougeâtre, et aussi analogue à du suc de raisin.

En rappelant ces formes si distinctes de kystes que j'ai observés dans l'os maxillaire inférieur, j'ai voulu, je le répète, démontrer combien la dénomination de kystes était préférable à toute autre qui exposait à donner une idée fausse de la maladie et à faire sacrifier une portion considérable de la mâchoire, même à désarticuler un côté de celle-ci dans des cas où on eût pu conserver l'os en partie si on ne s'était pas placé tout d'abord sous l'influence totale de ce mot : *Cancer de l'os.*

Ce dernier état morbide, au surplus, ajoute M. Forget, a un caractère qui le différencie clairement des lésions organiques que je viens d'énumérer : c'est que, presque au début de la maladie, le tissu compacte de l'os lui-même est altéré, transformé; c'est même cette transformation qui a servi à caractériser l'altération dont il s'agit en lui méritant le nom d'ostéosarcome; or, comme on a pu le voir, c'est une disposition inverse qui s'observe dans les kystes proprement dits.

Quant à l'étiologie de ces kystes, on l'a souvent placée dans l'inflammation entretenue par les dents altérées. Mais il y a un mécanisme fort curieux par lequel une dent peut être le point de départ des désordres les plus profonds au centre de l'os. La Société en aura la preuve dans la pièce que je mets sous ses yeux. Cette pièce est la moitié de la mâchoire inférieure amputée, il y a dix ans, par Lisfranc; on avait diagnostiqué l'existence d'un cancer. L'examen de la tumeur me démontra l'existence d'un kyste purulent tapissé d'une fausse membrane fongueuse au centre de l'os. On voit encore sur cette pièce une dent, qui est la dent de sagesse, à demi enchatonnée dans la base de l'apophyse coronoïde, et qui, au lieu de pousser verticalement, s'est développée d'arrière en avant dans l'axe même de la diaphyse de l'os, de façon à comprimer, à refouler les dents voisines et à entretenir une irritation permanente, comme l'ont prouvé les douleurs dentaires pendant longtemps perçues par la malade.

J'appelle spécialement l'attention, dit M. Forget en terminant, sur la disposition de cette dent et sur l'influence qu'elle a dû exercer sur le développement de la maladie. C'est là une disposition qui n'avait point encore été signalée.

M. Maisonneuve. Je ferai observer à M. Forget que la pièce que j'ai présentée dans la dernière séance n'a aucune ressemblance avec les kystes de l'os maxillaire inférieur qu'il a décrit dans sa thèse, et dont il vient de nous donner le résumé. L'os maxillaire que j'ai enlevé était volumineux, c'est vrai; mais ce volume ne tenait point à l'écartement de ses fibres par le développement du produit quelconque qui aurait apparu au centre de l'os, et qui les eût refoulées. On ne sentait pas cette crépitation parcheminée que l'on rencontre habituellement dans ces sortes de kystes; il y avait au contraire un tissu limitrophe qui avait envahi une partie de l'os qui s'était développée dans la trame osseuse elle-même, et qui constituait un ostéo-sarcome très reconnaissable à l'œil nu, et dans lequel au microscope on découvrait la cellule cancéreuse.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 13 *août* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades.

M. Denonvilliers présente deux malades. Le premier est affecté de ganglions sous-cutanés douloureux; ces petites tumeurs sont au nombre de quatre, parmi lesquelles s'en trouve une grosse comme un pois. Ces ganglions sont mobiles, excepté un qui paraît adhérent à l'aponévrose et aux muscles. Il y en a un à la cuisse qui est fort douloureux. Les autres sont placés sur l'avant-bras gauche. Le deuxième malade est un jeune homme de dix-neuf à vingt ans, dont la partie interne du bras droit a été prise dans un engrenage, qui a déchiré la peau de cette région en lanière. Les os paraissaient intacts ou du moins, s'ils étaient fracturés, il n'existait point de déplacement. La couche superficielle des muscles était déchirée; M. Denonvilliers, espérant que la couche profonde avait été ménagée, essaya de conserver le membre malade, et pour cela il le soumit pendant quarante-huit jours à une irrigation continue, qu'il cessa au moment où l'atonie commençait à s'observer. Le jeune homme a parfaitement guéri et commence à exécuter quelques

mouvements, qui sont dus sans doute à l'intégrité des muscles fléchisseurs profonds, ainsi que l'avait espéré M. Denonvilliers.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Lebert et Lenoir demandent un congé pour motif de santé.

— M. Debrou, membre correspondant de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, communique le fait suivant :

Prolongation du sommeil anesthésique jusqu'à menace de mort chez un opéré soumis au chloroforme.

J'adresse à la Société de chirurgie, en la priant de l'accueillir avec sa bienveillance ordinaire, la relation d'un fait que l'on peut ranger parmi ceux où l'action du chloroforme a été suivie d'accidents. Bien que la mort ne soit pas survenue, je regarde cette histoire comme étant utile à connaître, et même je pense que l'application du chloroforme gagnerait beaucoup à la connaissance de faits pareils. On a courageusement publié des cas où l'emploi des anesthésiques a été suivi de mort ; mais on néglige trop de mentionner ceux (et ils doivent être assez nombreux) où l'emploi de ce moyen, sans être fatal, est sorti de la règle ordinaire d'innocuité, ou même a exposé le malade au danger imminent de la mort.

Dans les premiers jours de juillet dernier, je pratiquai l'opération de la hernie étranglée chez un homme de soixante ans, d'une constitution faible et d'une santé assez délicate. La hernie, qui était inguinale, datant de douze à quinze ans, avait été toujours assez mal contenue par un bandage, et, quoiqu'elle se fût à plusieurs reprises engouée ou étranglée, on était parvenu à la réduire sans opération. Cette fois, M. le docteur Payen, médecin ordinaire du malade, essaya inutilement le taxis. Lorsque je fus appelé en consultation, bien que l'étranglement ne datât que de trente-six heures, les symptômes les plus fâcheux existaient déjà. Les vomissements étaient stercoraux, le ventre était douloureux et ballonné, le pouls était extrêmement faible et filiforme ; le visage profondément altéré, la peau de tout le corps froide et presque bleuâtre. Mes honorables confrères MM. Payen, d'Olier et moi fûmes d'avis qu'il fallait pratiquer l'opération sans le moindre retard.

Je me demandai et je demandai à l'un de mes confrères s'il était

convenable de soumettre le malade au chloroforme. J'avoue que je n'en avais pas envie, à cause de l'état général très grave que j'ai signalé plus haut. Nous nous y décidâmes cependant. Je me servis d'une petite éponge chargée de 8 à 10 grammes de chloroforme et que je plaçai moi-même sous le nez. J'eus le soin en commençant d'engager le malade à respirer à son aise, et j'approchai et j'éloignai l'éponge à plusieurs reprises avant de la maintenir fixe. Enfin, je n'embrassai pas l'ouverture des narines d'une manière tout à fait complète, et je laissai les lèvres libres, en les écartant même. C'est toujours de cette manière que j'emploie le chloroforme, ainsi que M. le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et dans le nombre très grand de cas où nous y avons eu recours nous n'avons eu qu'à nous louer de notre manière de procéder.

Le malade fut plongé rapidement dans le sommeil, et, au bout d'un temps qui n'a pas été rigoureusement compté, mais qui ne dépassa pas quatre minutes, il fut complétement insensible sans avoir passé par la période d'agitation, ni donné aucun signe de torpeur ou d'asphyxie. Alors je confiai le soin de maintenir l'éponge à une personne qui nous assistait, et je fis l'incision de la peau au-devant de la tumeur. Cette incision faite, *je fis retirer l'éponge,* qui en tout était restée à peu près cinq minutes. Le malade était d'une insensibilité complète.

L'opération entière dura environ dix ou douze minutes (le temps ne fut pas compté et je le donne ici d'une manière approximative). La recherche et l'ouverture du sac me prirent plusieurs minutes; *il était extrêmement mince*, malgré l'ancienneté de la hernie, ce qui prouve que la pelotte du bandage ne le comprimait presque jamais; de plus, il ne contenait pas une goutte de liquide. Une anse d'intestin grêle y était renfermée, ainsi qu'une portion d'épiploon, un peu adhérente en arrière. Je débridai en haut sur la sonde cannelée. Après avoir attiré l'anse herniée, qui était brune et d'une teinte très foncée, pour reconnaître l'état de l'intestin au niveau du point étranglé, trouvant les parties saines; je me mis en mesure de le faire rentrer.

Pendant que j'y procédais, le malade *poussa un grognement, s'agita* et fit ressortir une plus grande partie d'intestin. Je fis signe de placer de nouveau sous les narines l'éponge, qui ne reçut pas

de nouvelle dose de chloroforme. La réduction se fit alors en une demi-minute environ. L'éponge fut maintenue pendant ce temps et après retirée. L'opération était finie. Il ne s'était pas écoulé une cuillerée de sang. De la sérosité rougeâtre s'échappa du ventre par la plaie. Je nettoyai et j'essuyai celle-ci, et attendis un peu avant de procéder au pansement.

Le malade ne revint pas immédiatement à lui. Son visage était altéré sans doute, comme avant l'opération, mais pas davantage, et il était plus calme. La respiration se faisait lentement et doucement. Cet état ne m'effraya pas, car qui de nous n'est pas familier avec une légère prolongation du sommeil anesthésique? Cependant, après quelques instants qui peuvent être évalués à trois ou quatre minutes, voyant qu'il restait toujours endormi, je tâtai son pouls, que je ne pus trouver, tant il était insaisissable. La respiration était lente et douce. Je secouai le tronc, je pinçai les membres, je parlai hautement, je fis ouvrir les fenêtres et jetai de l'eau au visage. Tout cela fut inutile. Le corps était froid. Après quatre ou cinq minutes d'une nouvelle attente, la peur nous prit un peu. La respiration s'apercevait. Les pupilles étaient contractées; les paupières, si on les élevait, retombaient complétement en paraissant se fermer. Nous frottâmes les membres et renouvelâmes les aspersions d'eau froide. Le pouls était toujours insaisissable. Les mouvements respiratoires devinrent plus lents, plus séparés et plus longs, avec quelques légers mouvements des lèvres et des mâchoires, comme dans un faible bâillement. Les pupilles étaient devenues larges et immobiles, malgré la vive clarté de la fenêtre; les paupières élevées ne retombaient plus.

La frayeur nous saisit, et alors trois médecins que nous étions, émus et profondément affligés, nous employâmes tous nos efforts, l'un à frotter les membres avec une brosse rude, un autre à secouer les bras, les épaules et les flancs, suivant une sorte de rhythme, et le troisième à insuffler de l'air dans la bouche. Je fais grâce de tous les détails, et de notre angoisse, du désespoir de la famille, qui passa subitement de la joie résultant d'une opération achevée à la plus grande douleur, douleur mêlée de plaintes contre nous. Cet état dura environ une demi-heure ou au moins vingt-cinq minutes. Il nous parut pendant ces vingt-cinq mortelles minutes que les battements du cœur avaient cessé et que tout souffle

respiratoire avait cessé aussi. Aucun de nous n'eut assez de liberté d'esprit pour ausculter le cœur attentivement et compter ses battements ; nous étions trop émus pour cela, et d'ailleurs tous nos efforts et tout notre temps étaient employés à frotter les membres, à secouer les bras, à presser la poitrine et le ventre alternativement, à souffler dans la bouche. — On nous demanda s'il fallait aller chercher un prêtre. Je répondis : Oui ; et j'avoue que je crus que mon opéré était mort.

La vie revint cependant, et le premier signe de son retour fut une légère contraction des muscles surciliers, puis un mouvement des paupières, puis quelques mouvements très hauts et très longs du thorax. Le malade ouvrit les yeux, nous reconnut faiblement. On put retrouver son pouls, et enfin la vie reprit possession de ce corps qu'elle semblait avoir quitté. Le malade resta très faible et toujours assez froid pendant le reste du jour ; mais tout motif d'inquiétude avait disparu.

Quant aux suites de l'opération, elles furent heureuses. Le lendemain matin, le visage et le pouls du malade étaient beaucoup meilleurs qu'avant l'opération. Une petite portion d'épiploon adhérente au sac, que j'avais été obligée de laisser dans la plaie, retarda l'occlusion de celle-ci. Mais la guérison marcha assez rapidement, et était complète le vingt-cinquième jour.

Une partie du chloroforme que j'avais employé chez ce malade fut examinée avec soin, et je m'assurai qu'il était pur, sans mélange de substance étrangère.

Il pesait une fois et demie plus que l'eau distillée.

Traité par le chromate acide de potasse, il ne donna point de coloration verte.

En l'ajoutant à un mélange fait à parties égales d'eau et d'acide sulfurique, il tomba au fond de l'éprouvette.

Mêlé à une solution de nitrate d'argent, il ne donna point de précipité.

Mêlé à de l'eau albumineuse, il ne précipita point davantage.

Il ne prit point feu avec une allumette enflammée.

Il n'avait point déterminé d'excoriations sur le nez et les narines.

Discussion.

M. Huguier. Il faut, autant que possible, se dispenser de revenir

deux ou trois fois de suite à l'administration du chloroforme, de manière à faire persister l'anéantissement de la sensibilité. C'est principalement quand on a procédé de la sorte que les accidents sont arrivés, ce que confirme l'observation que vient de nous lire M. Gosselin. Dans deux cas où j'ai vu la perte de la sensibilité se prolonger d'une manière inquiétante, les malades avaient été soumis à deux reprises à l'action de l'agent anesthésique.

Dans l'opération de la hernie étranglée, je pense qu'il faut se dispenser de chloroformiser les malades :

1° Parce que cette opération n'est pas très douloureuse, le plus souvent ;

2° Parce que les malades recouvrent leur sensibilité avant la terminaison de l'opération, et qu'alors ils s'agitent et se livrent à des mouvements irréguliers automatiques, et peuvent être la source d'accidents graves ;

3° Parce que les malades, privés de la raison, ne facilitent pas l'action des instruments ni la manœuvre de la réduction. En général, je ne chloroformise, dans ces cas, que lorsque les malades l'exigent.

M. Lebert. Quand il s'est occupé de déterminer l'action de l'éther et du chloroforme sur les animaux, il a constaté que les animaux sur lesquels l'action du chloroforme avait été poussée très loin, étaient promptement réveillés en portant dans la gorge une petite éponge imbibée d'ammoniaque.

M. Demarquay. Le fait observé par M. Debrou est intéressant à plus d'un titre; mais il est un point sur lequel je veux appeler l'attention de la Société, c'est la réfrigération qui est survenue chez l'opéré soumis à l'action du chloroforme. J'ai démontré dans ma thèse que l'éther et le chloroforme abaissaient d'une manière notable la température animale; depuis j'ai fait, avec Dumont fils, des expériences confirmatives des premières; mais de plus, nous avons constaté que le refroidissement amené par les agents anesthésiques était plus rapide chez les animaux débilités par la saignée ou la privation de nourriture. M. Buisson, dans son livre très remarquable sur l'anesthésie, a confirmé nos expériences, et il a constaté que chez l'homme la température s'abaissait sous l'influence des agents anesthésiques ; c'est là un fait dont il faut tenir compte quand on donne du chloroforme ou de l'éther à des in-

dividus dont les fonctions vitales sont affaiblies ou profondément troublées.

M. Gosselin combat l'application du chloroforme chez les individus sur lesquels on a constaté une faiblesse du pouls; en cela il est en tout point d'accord avec M. Buisson, qui, lui aussi, rejette l'emploi du chloroforme dans ces circonstances. Il pense que l'anesthésie doit être appliquée avec réserve à l'opération de la hernie; le malade se trouve alors dans des conditions particulières qui peuvent conduire à des accidents. C'est ainsi que M. Robert a eu à déplorer la perte d'un malade dans une circonstance de ce genre. M. Fano a aussi publié une observation de mort par le chloroforme administré pour remédier aux accidents causés par une hernie étranglée.

M. Gosselin se demande si, dans ces circonstances où la débilité des individus est grande, l'action du chloroforme sur le cœur n'est pas trop rapide et trop intense, et si ce n'est pas là la cause des accidents mortels qui sont survenus. Cette opinion est celle qu'il a fait connaître dans un travail spécial qu'il a publié sur ce sujet.

M. Robert. Le malade auquel j'ai administré le chloroforme pour pratiquer l'opération de la hernie étranglée, et qui a succombé quelques heures après l'opération, n'était point dans des conditions analogues à celles du malade de M. Debrou; bien loin de là, c'était un Hercule; seulement il résistait à l'action du chloroforme; sa période d'excitation a été longue; il a fallu prolonger l'action des anesthésiques avant d'arriver à la période de résolution. Enfin, l'opération a été faite, la hernie réduite, le malade a recouvré ses sens, il a parlé, et lorsque je quittai l'hôpital Beaujon le malade était bien; il causait même avec ses voisins. Ce ne fut que trois heures après qu'il succomba.

En général, dit M. Robert, je ne crois pas qu'il faille continuer l'action du chloroforme chez les individus sur lesquels il provoque une vive excitation.

M. Chassaignac ne voit pas que dans l'observation de M. Debrou on ait fidèlement observé l'état du pouls. Pour lui, c'est là qu'il puise les indications de continuer ou de cesser l'action du chloroforme. Pour ce qui est des modifications imprimées à la température par l'action des anesthésiques, fait sur lequel notre collègue M. Demarquay a appelé l'attention, j'ai eu occasion de vérifier le

fait; j'ai même vu dans une circonstance un frisson assez intense survenir à la suite de l'action de ces agents, frisson que je ne pouvais rapporter qu'à l'action du chloroforme.

M. Monod croit que le chirurgien, contrairement à l'opinion de M. Huguier, peut revenir plusieurs fois au chloroforme et prolonger l'anesthésie lentement; il faut que, dans cette circonstance, il tienne grand compté du pouls. Quant à l'application du chloroforme aux malades qui doivent subir l'opération de la hernie, M. Monod s'en montre tout à fait partisan; c'est, suivant lui, le moyen de soustraire les malades à la douleur, de pratiquer, dans quelques cas, cette opération en temps opportun, sans qu'ils aient connaissance de l'opération que l'on doit leur pratiquer. Il conseille en outre la titillation de la luette comme moyen de faire sortir les malades du sommeil anesthésique.

M. Michon veut, comme M. Monod, la conservation de l'anesthésie dans le cas de hernie étranglée, d'autant plus que dans certaines circonstances l'anesthésie a permis au chirurgien de réduire des hernies qu'il se proposait d'opérer. Cela est arrivé trois fois à M. Michon. Seulement, il est des cas dans lesquels il faut s'abstenir d'administrer le chloroforme, c'est lorsque les malades soumis à l'étranglement sont en proie à de grands troubles du système nerveux; que la circulation elle-même est profondément troublée, que les malades présentent une teinte cyanosée, qu'en un mot la vie se trouve profondément atteinte dès le début de l'étranglement, avant même que la gangrène de l'intestin se soit produite. Dans deux circonstances de ce genre il n'a pas voulu avoir recours à l'action du chloroforme.

M. Morel conseille, dans le cas où le chloroforme n'est point applicable, d'avoir recours à l'anesthésie par la réfrigération, faite avec un mélange de glace et de sel marin. De cette façon on fait disparaître la sensibilité en conservant l'intégrité des tissus.

Tumeur fibro-plastique du jarret. — Opération. — Guérison temporaire. — Récidive sur place ainsi que dans l'aine, le bassin, les plèvres et le poumon.

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation que son aide de clinique, M. Lecomte, a résumée dans l'extrait suivant:

Dumes, gendarme mobile, âgé de trente-neuf ans, d'une bonne

constitution, a servi fort longtemps en Afrique, où il n'a eu pour toute maladie qu'une légère affection vénérienne, traitée et bien guérie. Il n'y a point de maladie cancéreuse dans sa famille.

Vers la fin de l'année 1846, ce militaire remarqua pour la première fois une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, mobile, indolente, siégeant, d'après les indications qu'ils nous fournit, vers la tête du péroné, derrière le tendon du biceps. Aucune cause déterminante, telle que coup, chute ou violence extérieure, n'est signalée par le malade. Stationnaire pendant plus de dix-huit mois, cette tumeur prend subitement un accroissement rapide en 1850; et Dumes consulte un médecin qui prescrit des frictions iodurées et une compression méthodique à l'aide de bandelettes agglutinatives. L'inefficacité de ces moyens et le développement progressif du mal engagent ce militaire à entrer au Val-de-Grâce, où il est placé dans le service du chirurgien en chef, M. Larrey, salle 28, nº 26.

Le 5 novembre 1850, une exploration attentive fait constater ce qui suit:

Il existe au membre inférieur gauche une tumeur excédant de beaucoup le volume du poing d'un adulte, elle remplit toute l'excavation poplitée. Sa forme, irrégulièrement arrondie, présente quelques bosselures où on perçoit une sorte de dépressibilité, une fausse fluctuation. Dans le reste de son étendue la tumeur est dure, élastique, rénitente, comme un kyste à parois fibreuses. On n'y sent ni frémissement, ni pulsations.

L'extension du membre fait saillir la tumeur. Dans la flexion de la jambe, qui ne peut être que douloureusement et difficilement portée au delà de l'angle droit, on reconnaît que la tumeur est mobile. On peut la circonscrire avec la main, l'isoler, la soulever des parties profondes, la mouvoir en différents sens, de manière à constater son indépendance complète, l'absence de toute connexion avec l'articulation du genou, les vaisseaux et les nerfs du creux poplité, si ce n'est peut-être avec le sciatique poplité externe plus superficiel, et situé dans le sens du plus grand développement de la tumeur.

Point d'œdème de la jambe gauche; elle présente quelques nodosités variqueuses, mais qui existent aussi sur le membre droit.

Point d'engorgement des ganglions cruraux. Douleur nulle;

mais seulement sensation de tiraillement vers le tendon d'Achille.

M. Larrey porte dès l'arrivée du malade le diagnostic suivant : tumeur fibro-plastique renfermant peut-être quelques noyaux squirrheux et encéphaloïdes. M. Bégin, MM. Lustreman, Monnier, M. Josse (d'Amiens) virent le malade. Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce convoqua successivement MM. les professeurs Roux, Velpeau, Laugier, Cloquet. Ces messieurs, à l'exception de M. Cloquet, furent unanimes à considérer la tumeur comme maligne ou cancéreuse, et à conseiller l'amputation de la cuisse.

M. Cloquet, seul dissident, ne croyant pas la tumeur franchement cancéreuse, inclinait vers l'extirpation.

M. Larrey, espérant pouvoir énucléer la tumeur, et se résignant difficilement à la triste nécessité de sacrifier la cuisse, se décide à tenter l'extirpation de la tumeur, l'amputation du membre étant réservée comme ressource ultime, si quelque grave complication surgissait pendant l'opération.

Cette opération est pratiquée le 20 février, en présence de MM. Lustreman, Monnier, Tholozan, Edme (du Val-de-Grâce), et de M. Josse (d'Amiens).

Une incision cruciale donne quatre lambeaux, qui sont disséqués ; la tumeur attaquée par sa partie supérieure est promptement énucléée. Adhérente au péroné, elle est tordue sur son pédicule et arrachée. Un bouton de feu est appliqué en ce point. Effusion de sang modérée ; ligature de quatre artérioles. Réunion de la plaie par sept à huit points de suture entrecoupée.

Le nerf sciatique poplité externe, embrassé par la tumeur et confondu dans sa masse, a dû être réséqué. L'opération a duré à peine quatre minutes. Le malade a été chloroformisé. L'anesthésie a été complète.

La tumeur, après son ablation, se présente sous la forme d'un ovoïde offrant quelques mamelons à sa surface. Elle mesure 34 centimètres dans sa grande circonférence, et 26 à 27 dans sa petite. Son poids est de 425 grammes.

Une enveloppe mince, résistante de tissu cellulo-vasculaire condensé la revêt extérieurement.

Sur une section longitudinale de cette tumeur, on voit que la couche superficielle est constituée par un tissu mou, jaunâtre, rosé, avec des stries sanguinolentes et quelques petits foyers d'ex-

travasion sanguine. Le centre, le noyau en quelque sorte de la tumeur est constitué par une trame cellulo-fibreuse traversée par quelques cloisons fibro-cartilagineuses, denses, criant sous le scalpel. Par la pression ou en raclant avec la lame d'un bistouri, on obtient un suc limpide, séreux, légèrement jaunâtre, qui ne ressemble pas au suc lactescent du cancer.

M. Lebert a l'obligeance d'examiner ce suc au microscope et n'y découvre que les éléments du tissu fibro-plastique, et notamment des corps fusiformes en grande abondance, sans trace de cellule cancéreuse.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, nous notons seulement une hémorrhagie légère et une réaction assez vive avec tendance marquée à l'assoupissement.

Le 22 février, l'appareil est levé.

Le 24, la suppuration commence à s'établir. Cette suppuration est d'abord grisâtre, fétide; les lambeaux sont flasques, pendants sans vitalité. L'un d'eux tombe en gangrène.

De plus, le pus séreux et de mauvaise nature tend à fuser vers la racine de la cuisse, entre les muscles de la couche postérieure. On cherche à prévenir cette fâcheuse complication par la position déclive du membre et la compression méthodique de la cuisse.

Le 27, l'état local est toujours très peu satisfaisant; la suppuration est de mauvaise nature; le fond de la plaie laisse voir à nu les muscles grisâtres.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Le malade est démoralisé. Quelques symptômes se manifestent du côté de la poitrine, douleur pongitive du côté gauche, dans l'épaule correspondante, avec toux, oppression.

Cet état dure jusqu'au 4 mars. A cette époque, amélioration très notable par les soins excessifs dont le malade est l'objet. La suppuration est mieux liée, blanchâtre; elle se concentre vers le jarret; et la plaie commence à bourgeonner.

Du 4 mars au 1er avril, l'état local est fort bon; la cicatrisation est presque complète.

La toux, l'expectoration de quelques crachats rouillés et visqueux, l'oppression, gênent encore un peu le malade.

Dans les premiers jours d'avril, les ganglions de l'aine se tumé-

fient. En même temps un noyau de nouvelle formation apparaît sur la cicatrice.

Trois autres nouveaux mamelons se montrent successivement et prennent bientôt un accroissement rapide.

Malgré cette récidive, le malade a repris un embonpoint très notable.

Pendant plus de deux mois, l'état local s'aggravant, l'état géuéral est néanmoins peu modifié; mais, vers la fin de juillet, des symptômes se déclarent du côté de la poitrine : toux, expectoration visqueuse, dyspnée, oppression, hémoptysie.

En même temps amaigrissement rapide, teint jaunâtre.

Mort le 9 août.

Autopsie. — Masse énorme de tissu fibro-plastique envahissant toute l'excavation poplitée; autour d'elle existent plusieurs petites tumeurs, dont quelques-unes sont ramollies.

Dégénérescence des ganglions inguino-cruraux, comprimant les vaisseaux et les nerfs.

Dégénérescence des ganglions lombaires.

Mais la lésion la plus remarquable existe du côté de la poitrine.

On constate un épanchement double et très considérable de sérosité sanguinolente, et, de plus, un grand nombre de petites tumeurs du volume d'une noix ou même d'un œuf, les unes arrondies exactement, les autres légèrement aplaties.

De ces tumeurs, quelques-unes sont situées sur la plèvre pulmonaire, d'où il est facile de les détacher, et recouvertes d'une couche fibrineuse assez épaisse.

Mais le plus grand nombre se trouve dans le tissu du poumon, sous la forme de petites masses arrondies, faciles à énucléer, quoique pour la plupart non enkystées.

Le tissu pulmonaire est sain partout et crépitant.

Les productions morbides sont constituées par un tissu blanc-jaunâtre ou légèrement rosé, assez consistant, présentant quelques points d'injection ou même d'extravasion sanguine.

Quelques-unes sont ramollies et converties en une pulpe rougeâtre homogène, ou mélangée de caillots sanguins.

M. Lebert a eu, cette fois encore, l'obligeance de faire l'examen microscopique du tissu morbide, pris au jarret, dans les ganglions

ou dans les poumons. Il n'a pu constater que du tissu fibro-plastique, mais pas d'élément cancéreux proprement dit.

M. Lebert. Il est incontestable que la tumeur enlevée par M. Larrey était de nature fibro-plastique, et que les autres produits morbides trouvés à l'autopsie étaient de même nature, quoique les caractères fussent moins tranchés. Ce fait est, en effet, le troisième où le tissu fibro-plastique s'est généralisé et a infecté l'économie. Toutefois, ce fait m'a beaucoup impressionné; et cependant, si on songe que depuis cinq ans que j'étudie avec grand soin toutes les tumeurs de ce genre qu'il m'a été donné d'observer et dont le nombre s'élève au moins à 100, ces trois faits d'infection générale sont les seuls que je connaisse; de ce que les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent et que, dans certaines circonstances, elles sont de nature maligne, il ne serait pas sage cependant de considérer la malignité comme étant la base de classification la plus logique des tumeurs. Il faut, en effet, distinguer avec soin les tumeurs fibro-plastiques du cancer; elles n'ont avec ce dernier aucun rapport de structure; tout au plus pourrait-on les rapprocher du cancroïde, qui se reproduit sur place et peut infecter les ganglions voisins, mais jamais l'économie d'une manière générale. Les tumeurs fibro-plastiques ne sont pas les seules tumeurs qui, sans être cancéreuses, se reproduisent; le tubercule, la mélanose simple peuvent se reproduire, et cependant ce ne sont point des tumeurs cancéreuses. Il faut donc, pour établir une classification nosologique des tumeurs, autre chose que la malignité. Quant aux tumeurs fibro-plastiques elles-mêmes, il faudra de toute nécessité établir des espèces; en effet, beaucoup de produits morbides rentrent dans cette classe d'altérations. Ainsi, la kéloïde, un certain nombre de tumeurs sous-cutanées, quelques tumeurs appartenant à la classe des tumeurs dites ostéosarcomes, sont formées de tissu fibro-plastique. Il est des tumeurs osseuses, comme celle que nous a montrée M. Maisonneuve, où la nature est douteuse; le micrographe hésite: c'est que le microscope, ainsi que je l'ai déjà dit, a ses limites.

M. Demarquay. Le fait que vient de nous communiquer M. Larrey est des plus intéressants, car il est complet; ici nous voyons non-seulement le tissu fibro-plastique se reproduire sur place, mais encore envahir les ganglions voisins et infecter toute l'économie. Il

y a huit jours, M. Chassaignac nous a montré un malade où deux récidives sur place se sont produites en dix-huit mois. Ces faits, rapprochés d'autres analogues observés à la Charité, dans le service de M. Velpeau, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, sur lesquels M. Lebert, avec une loyauté qui l'honore, a appelé l'attention de la Société; ces faits, dis-je, ne font-ils pas évanouir les espérances que les beaux travaux microscopiques de M. Lebert avaient fait naître? Ainsi le chirurgien, après l'examen d'une tumeur, lorsque le tissu fibro-plastique est reconnu, ne peut rassurer complétement une famille; il se trouve en présence d'un produit qui non seulement peut repulluler sur place, mais encore envahir l'économie tout entière. En présence de ce fait, ne peut-on pas se demander si le tissu fibro-plastique n'est point une variété du cancer? Toutefois, les travaux de M. Lebert n'en sont pas moins intéressants; ses recherches sur l'anatomie pathologique du cancer restent avec tout leur intérêt histologique; seulement le côté pratique en ce qui touche les tumeurs fibro-plastiques est moins positif que les premiers travaux de M. Lebert ne nous l'avaient fait espérer.

M. Lebert. Pour terminer, je dois dire deux mots sur une objection faite à mon argumentation par mon honorable confrère, mon ami depuis longtemps, par M. Demarquay. Il a dit que les illusions que les chirurgiens s'étaient faites sur l'utilité du microscope tombaient par cela même que des tumeurs épidermiques ou fibro-plastiques, que l'on avait crues un moment bénignes, pouvaient récidiver sur place et, dans quelques cas, se généraliser. Je dirai, avant tout, que la marche que j'ai suivie dans ces études, pour lesquelles je manquais complétement d'antécédents solides dans la littérature médicale, était simplement d'étudier d'abord comparativement la structure des produits morbides, et de déterminer ensuite leur valeur clinique d'après l'observation de leur marche et des symptômes. Il fallait tout naturellement modifier mes opinions à mesure que des faits nouveaux venaient m'éclairer davantage; je ne comprendrais même pas autrement le développement d'une question scientifique qui n'est soulevée que depuis bien peu d'années. Mais il faut éviter, en cas pareil, de renverser et de renier ses opinions antérieures lorsque de nouveaux faits ne font que les épurer et les perfectionner. Une abnégation trop timorée

aurait alors de plus graves inconvénients encore qu'une obstination trop exclusive envers et contre l'observation. Le rôle du microscope n'est, du reste, ni d'exciter, ni de dissiper des illusions. Instrument de précision, il doit indiquer ce que nos sens perfectionnés par lui nous font constater rigoureusement ; mais pour le microscope, comme pour toute étude purement physique, il y a quelque chose qui est bien au-dessus du témoignage des sens : c'est l'appréciation impartiale de tous les caractères, tant anatomiques que chimiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques, d'une affection morbide, pour arriver ainsi par la méthode naturelle à des doctrines à la fois solides par l'observation et philosophiques par l'induction logique. Ainsi, ceux qui ont lu attentivement mes travaux ne refuseront-ils pas de reconnaître que je ne me suis jamais donné comme le représentant incarné du microscope en pathologie ; bien au contraire, je n'ai cessé d'insister sur le fait que le microscope n'était qu'un bon et loyal serviteur pour celui qui savait s'en servir, mais un maître exclusif et inintelligent s'il voulait s'arroger ce droit bien au-dessus de sa compétence. Mon véritable but a toujours été de ne pas confondre le produit morbide avec la pathogénie, l'élément anatomique avec la physiologie pathologique.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 20 *août* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Présentation des malades.

M. CHASSAIGNAC présente deux malades : l'un, sur lequel il a pratiqué, il y a cinq semaines, la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren ; le second, chez lequel a été appliqué, pour une plaie de la cuisse, un mode de suture qui consiste à n'intéresser que les couches profondes du derme, sans comprendre toute l'épaisseur de ce dernier dans les moyens de suture.

Voici ce dernier fait :

Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit à la cuisse droite un coup de couteau qui fait une plaie transversale d'à peu près 9 centimètres de longueur, et qui comprend toute l'épaisseur de la peau,

l'aponévrose et le tissu cellulaire lui-même. Voici le mode de suture employé dans ce cas : avec une aiguille droite portant un fil assez long, on a successivement parcouru toute la longueur de la plaie au moyen d'une faufilure alterne comprenant, à la partie profonde de la peau, les couches intérieures du derme. Le fil une fois passé dans toute la longueur de la plaie, il a suffi de tirer en sens contraire ses deux extrémités pour adosser parfaitement les lèvres de la plaie. Afin de maintenir cet état de tension du fil, il a été noué autour du membre protégé sous le trajet du fil par une bandelette circulaire. Puis cette première réunion a été protégée par une cuirasse de sparadrap.

Vingt-quatre heures après l'application de la suture, le fil coupé aux deux extrémités de la plaie a été retiré avec précaution au moyen d'une traction très douce exercée parallèlement à la direction de la blessure. Au huitième jour, le pansement au sparadrap, qui était resté en place, a été levé, et on a trouvé la plaie parfaitement cicatrisée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de son *Traité de Pathologie chirurgicale*, et adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je viens vous prier de faire hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de mon livre de chirurgie. Ceux des membres qui pourront le parcourir verront tout ce que cet ouvrage doit à la Société que vous présidez. Ils approuveront peut-être l'addition, qui consiste en une anatomie des tissus et une anatomie des régions, précédant partout la chirurgie. »

M. Giraldès, de retour d'un voyage à Londres, fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

De la part du Conseil du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre, cinq volumes du *Descriptive catalogue of the pathological*;

De la part de l'Association provinciale, le XVIIe volume (1851) des *Transactions of the provincial medical and surgical Association*;

De la part de la Société royale de médecine et chirurgie, du

XXXIIIe volume des *Transactions*, imprimé en 1851, et contenant l'analyse ou l'index de 33 volumes publiés.

RAPPORTS.

Appareils ouatés.

M. Larrey lit le rapport suivant :

La Société de chirurgie m'a chargé de lui faire un rapport verbal sur une brochure qui lui a été offerte par M. Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Gand. C'est un *Mémoire sur l'emploi des appareils ouatés.*

Voici d'abord l'analyse succincte de ce mémoire (1) :

M. Burggraeve rappelle, en commençant, que la ouate a été depuis longtemps usitée en chirurgie, dans les névralgies, les fluxions, les brûlures et dans d'autres maladies. Il a fondé les avantages des appareils ouatés sur le principe de la contention modérée, agissant à peu près comme les appareils inamovibles dans les fractures. « La compression, dit-il, ne saurait nuire, puisqu'elle est amortie par la ouate. »

L'honorable chirurgien belge en a fait aussi l'application, comme quelques-uns de ses compatriotes, à la plupart des affections traumatiques des membres, à quelques lésions articulaires, entorses, luxations, arthrites et tumeurs blanches, à des ulcères, à des contusions et à des engorgements phlegmoneux.

La construction d'un appareil ouaté est fort simple ; elle se compose de coton cardé appliqué autour du membre, d'attelles de carton mouillé recouvrant la ouate, et de bandes amidonnées enveloppant le tout. La dessiccation de ce bandage lui donne la consistance d'un appareil inamovible, et surtout de celui que M. Seutin appelle amovo-inamovible.

M. Burggraeve emploie, pour la fracture des membres, la ouate en feuille non gommée, du carton gris assez épais et perméable, des bandes de toile, de la colle d'amidon, et il assujettit les différentes pièces de l'appareil à l'aide de courroies en cuir ; il enlève enfin le bandage à l'époque voulue en le fendant avec de fortes

(1) M. Larrey en a déjà rendu compte à la Société médicale d'émulation.

cisailles dans toute sa longueur, et il peut le conserver pour le faire servir à d'autres cas de fracture.

Les faits cités par l'auteur du mémoire sont assez favorables à l'emploi des appareils ouatés et amidonnés pour qu'il leur accorde beaucoup d'avantages, tels que de se prêter à des applications multipliées, de prévenir l'inflammation traumatique et ses conséquences souvent graves, la constriction trop forte ou l'étranglement, la gangrène, ou tout au moins la gêne et la douleur, mais à condition nécessaire de faire un usage très prompt ou immédiat de ces appareils. C'est pourquoi il rejette les irrigations froides, en les considérant à tort, selon nous, comme un moyen incertain, dangereux ou superflu. Notre confrère pense, enfin, que les appareils ouatés favorisent une consolidation plus rapide des fractures en diminuant la saillie du cal; en un mot, ou si je puis dire en trois mots, il leur attribue le triple mérite d'agir *tutò*, *citò et jucundè*.

M. Burggraeve indique toutefois les précautions à prendre pour obtenir de ces appareils d'heureux effets, à savoir: d'employer une couche de ouate assez épaisse pour empêcher la pression trop directe des attelles; de disposer d'avance les pièces du bandage, et de donner au carton une mesure proportionnée en longueur et en largeur, sans le laisser toucher par ses bords, afin d'assurer une pression exacte sur tous les points du membre.

Il propose l'emploi des appareils ouatés principalement pour les hôpitaux militaires et les ambulances. Il suppose, avec raison, que l'on pourrait façonner d'avance des coques ouatées de diverses grandeurs pour les cas urgents; on y trouverait, en définitive, économie de fourniture et d'emploi. C'est, du reste, ce que nous avons déjà fait au Val-de-Grâce, où M. Burggraeve nous a démontré l'application, d'ailleurs fort simple, de son appareil ouaté.

Après cet exposé sommaire du mémoire, il me serait permis d'en faire l'appréciation critique, en reprochant d'abord à son auteur d'avoir donné une importance exagérée à un moyen de contention déjà connu et usité depuis longtemps; en lui reprochant ensuite d'avoir attribué à une modification secondaire des appareils inamovibles des avantages qui appartiennent (avec ou sans contestation) au principe lui-même de l'inamovibilité, en lui reprochant enfin d'avoir passé sous silence le nom de celui qui a institué ce

principe en France ; mais ce n'est pas à moi, messieurs, de le rappeler à vos souvenirs.

Il me semble plus convenable de recommander à votre attention le nouveau procédé de la méthode inamovible, aussi simple qu'avantageux, en vous priant, messieurs, pour conclusions de ce rapport :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Burggraeve (de Gand) pour son intéressant mémoire sur les appareils ouatés ;

2° De déposer cet ouvrage dans la bibliothèque de la Société de chirurgie.

Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés sans discussion.

— M. Demarquay fait le rapport suivant :

M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux, vous a adressé un travail où il cherche à déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie. Avant d'aborder son sujet, il cherche à établir des catégories dans cette grande classe de maladie, connue sous le nom d'iléus. Il admet avec les auteurs un iléus par obstruction, un iléus par rétrécissement et un iléus par étranglement ; et, dans cette classe d'étranglement, il énumère toutes les causes qui peuvent y donner lieu, telles que bride, appendice anormal, orifice anormal ou normal ; enfin, l'étranglement peut tenir au déplacement de l'intestin, à une tumeur ou à un viscère qui se déplace et vient comprimer les parties.

Toutefois, notre jeune et distingué confrère n'admet la gastrotomie que dans le cas d'étranglement déterminé par une bride ou par un orifice anormal, rejetant la gastrotomie dans tous les autres cas d'obstacle au cours des matières. Je comprends cette réserve pour l'iléus tenant à l'accumulation des matières ou même à un état spasmodique de l'intestin, si toutefois il existe ; mais pourquoi cette réserve pour l'iléus tenant à un rétrécissement circonscrit de l'intestin, ou à un étranglement qui aurait son siége dans un enroulement de l'intestin, ou dans le passage de celui-ci à travers un orifice anormal, comme l'hiatus de Winslow, etc. ?

La réserve de M. Bitot tient sans doute à ce que notre confrère

de Bordeaux ne se propose dans la gastrotomie que de lever la cause physique qui s'oppose au libre passage des matières. Mais est-il sûr d'abord, pour ne conseiller la gastrotomie que dans ce cas, d'asseoir son diagnostic d'une manière positive et, cela même étant fait, de pouvoir lever l'étranglement même dans les deux cas spécifiés par lui, à savoir : l'étranglement par la bride ou par un anneau anormal. M. Bitot a cherché à donner les signes différentiels de l'étranglement interne par bride ou orifice anormal, d'autres maladies avec lesquelles cette affection pourrait être confondue; il a même cherché à le distinguer du valvulus ou invagination intestinale. Ces efforts sont louables, mais ils n'ont pas vaincu les difficultés.

Si la gastrotomie est une bonne opération, si elle peut être faite à l'homme avec succès, comme il résulte des faits rapportés par Pfeiffer, et comme il résulte d'une de nos dernières discussions, elle doit être, suivant moi, pratiquée dans la majorité des cas où il y a obstacle physique bien déterminé et insurmontable au cours des matières, sauf ensuite à agir sur l'intestin suivant les circonstances. Tantôt en effet ce sera pour lever la cause de l'étranglement ou pour établir un anus contre nature, comme l'entendent MM. Nélaton et Denonvilliers, ou pour pratiquer l'anastomose de M. Maisonneuve, ou l'invagination. La gastrotomie n'est en quelque sorte que le premier temps de l'opération, le second consistant à rétablir par une autre opération le cours des matières. Dans l'état actuel de la science, je ne vois pas que l'on puisse dire : La gastrotomie n'est praticable que dans telle forme d'étranglement, cette forme ne pouvant être déterminée à l'avance.

Toutefois, malgré ces observations, la brochure de M. Bitot est intéressante et mérite de fixer votre attention. Elle est l'avant-coureur de travaux plus étendus que ce jeune chirurgien se propose de vous communiquer. Je vous demande donc de vouloir bien lui adresser des remercîments pour l'envoi de son intéressant travail.

M. Lenoir. Je ferai observer à M. Demarquay que l'idée de remédier à l'étranglement interne par l'établissement d'un anus anormal n'appartient pas à MM. Nélaton et Denonvilliers, mais bien à M. Laugier, qui a publié un travail sur ce sujet dans son *Bulletin chirurgical*.

M. Michon n'admet pas, avec le rapporteur, que la gastrotomie doive être faite dans le cas d'obstacle au cours des matières, pour chercher à faire cesser cet obstacle par une des opérations proposées. Suivant lui, il faut savoir à l'avance la cause qui fait obstacle, et être fixé sur le choix de l'opération.

— M. Le Roy-d'Etiolles présente un travail et une série d'instruments ayant pour but de faire connaître ses divers procédés d'extraction des corps étrangers arrêtés dans la vessie. Une commission composée de MM Monod, Demarquay et Guersant est chargée de faire un rapport.

M. Le Roy communique les détails d'une opération qu'il a faite tout récemment pour extraire trois calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 27 *août* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique;

2° Une lettre de M. Bégin, président du conseil de santé des armées; dans cette lettre, M. Bégin remercie la Société de l'envoi qui a été fait par cette dernière des deux premiers volumes de nos Mémoires et du premier de nos Bulletins;

3° M. Gensoul, de Lyon, adresse plusieurs travaux imprimés et manuscrits et demande à devenir membre correspondant.

Tumeur testiculaire.

M. Vidal, après avoir montré un malade porteur d'une tumeur du testicule gauche, communique son observation.

Le nommé Portier (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-deux ans, fondeur, tempérament bilieux sanguin, constitution forte, est entré à l'hôpital du Midi le 24 juillet 1851, salle 12, lit n° 2.

Un peu maladif dans sa première enfance, depuis l'âge de dix ans cet homme n'a jamais été forcé de s'aliter, si ce n'est par suite d'accidents traumatiques; ainsi, il a eu les deux jambes fracturées, l'une à treize ans, l'autre à vingt-trois ans.

Jamais de maladie vénérienne, ni écoulement, ni chancres.

A l'âge de vingt et un ans, pendant d'énergiques efforts de défécation, il ressentit une douleur très vive dans le testicule gauche, qui en peu de temps acquit un volume assez considérable. Il appliqua sur l'organe une sorte d'emplâtre fait avec de la boue de meule et de la lie de vin. La tuméfaction diminua bientôt sans disparaître complétement, car il resta toujours à la partie inférieure des bourses une petite tumeur grosse comme une noisette, dure et indolente.

Pendant trente ans, les choses restèrent dans cet état. Le testicule gauche était un peu plus gros que celui de droite et ne paraissait pas augmenter, ou du moins ses progrès étaient tellement lents qu'ils passaient inaperçus pour le malade. Jamais il ne ressentait ni douleurs ni élancements; seulement la continence, pour peu qu'elle se prolongeât, amenait des érections pénibles et le coït devenait alors un soulagement.

En 1850, la tumeur était grosse comme un œuf de poule seulement; mais à partir de ce moment, sans violence quelconque du scrotum, elle commença à faire des progrès rapides.

Il y a quatre mois (avril 1851), à la suite de fatigues répétées, une nouvelle tumeur, qui parut se former en quelques jours, vint se surajouter à la première. La rapidité de son développement et sa consistance, qui était mollasse, la firent prendre pour une hernie. Ce nouveau surcroît de charge rendit le poids des bourses si incommode que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il se présenta à la consultation et fut admis le 24 juillet 1851.

L'état général est excellent. L'embonpoint est conservé, le système musculaire bien développé, les forces sont intactes. La peau est cuivrée; mais cette coloration, apparente principalement sur les parties exposées à l'air, paraît plutôt tenir au hâle qu'à une affection morbide quelconque.

Le scrotum est occupé par une tumeur volumineuse qui tient la place du testicule gauche. Cette tumeur est lourde, non transparente. Elle n'est le siége d'aucune douleur. Sa forme générale est

ovoïde, à grosse extrémité supérieure. Le diamètre horizontal est de 11 centimètres, le vertical de 17.

En haut, elle arrive jusqu'à l'anneau inguinal externe, dans lequel elle ne pénètre pas; on sent en cet endroit le cordon spermatique, dont le volume n'a pas augmenté, qui émerge et vient se perdre dans la tumeur.

La peau a sa coloration normale; elle est un peu distendue, mais souple encore, non luisante, non adhérente aux tissus sous-jacents.

Par le palper, on trouve que la tumeur peut se décomposer en deux parties : une supérieure, globuleuse, non transparente, mais donnant nettement la sensation d'un flot liquide. C'est cette partie de la tumeur qui s'est développée si rapidement il y a quatre mois et que le malade a pris pour une hernie. Deux ponctions ont été pratiquées; il est sorti chaque fois environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui d'une hématocèle. Ce liquide, à peine évacué, s'est aussitôt reproduit.

La tumeur inférieure est conique. Son sommet, arrondi, est dirigé en bas et occupe le fond des bourses. Sa base, taillée en biseau, regarde en haut et en avant; sur elle repose la tumeur fluctuante; après l'évacuation du liquide, on a pu sentir que partout cette base est dure et anfractueuse. La surface périphérique est lisse ou du moins sans aspérités notables. Si, fixant la base avec la main gauche et le sommet avec la main droite, on cherche à leur imprimer des mouvements en sens contraire, on voit qu'ils peuvent se mouvoir l'un sur l'autre d'une manière très limitée, mais néanmoins appréciable, comme s'il y avait là deux parties distinctes enfermées dans une même enveloppe.

Ainsi qu'il a été dit, cette tumeur est dure, nulle part rénitente ni fluctuante. Elle n'est le siége d'aucune espèce de douleurs et reste indolente sous une pression même assez forte.

Le testicule droit est parfaitement sain.

Discussion.

M. Guersant croit la tumeur de mauvaise nature et propose son ablation.

M. Giraldès. Pour moi, la tumeur n'est point de nature cancéreuse; elle n'en a aucun des caractères; elle n'est point non plus

tuberculeuse; elle appartient, au contraire, à la classe des euchondromes; peut-être trouvera-t-on par la dissection quelques points osseux ou cartilagineux et des kystes gélatineux.

M. Chassaignac. Je crois que la tumeur dont le malade de M. Vidal est porteur est une hématocèle avec épaississement des parois. Dans certains cas de ce genre, la tunique vaginale peut acquérir un volume très considérable. Tout récemment, j'ai vu une tumeur du corps thyroïde dont les parois étaient fort épaisses et cartilagineuses; le contenu néanmoins était du sang. Quant au liquide qui a été évacué, il ne venait point de la tunique vaginale, mais d'un kyste séreux développé au-dessus de la tumeur. Je crois que la meilleure opération à faire dans ce cas est de fendre largement la tumeur, d'aller à la recherche du testicule et de le conserver s'il est sain.

M. Maisonneuve. Il est possible que la tumeur que nous a fait voir M. Vidal soit une hématocèle; j'ai vu M. Velpeau enlever une tumeur de ce genre dont les parois étaient dures, cartilagineuses, et cependant il s'agissait d'une tumeur de nature bénigne. Dans l'impossibilité où l'on est d'arriver à un diagnostic positif, en raison du volume de la tumeur, je propose son ablation.

M. Vidal. Si on se rappelle l'évolution de cette tumeur, qui a débuté par l'épididyme, pour de là envahir le testicule, on sera convaincu que la partie que j'ai ponctionnée est bien la tunique vaginale. Quant à la composition de la tumeur, elle est, suivant moi, formée de plusieurs éléments; probablement renferme-t-elle des kystes; mais, conformément à la loi que j'ai établie ici et à l'Académie de médecine, je la crois de nature maligne, attendu qu'un seul testicule est affecté.

M. Denonvilliers. Si le chirurgien est indécis sur la nature de cette tumeur, il ne peut l'être relativement au parti à prendre. Il faut l'enlever. J'ai vu plusieurs tumeurs analogues à celle que nous a présentée M. Vidal. Auguste Bérard a cherché à plusieurs reprises, dans ces tumeurs volumineuses des bourses, à conserver le testicule en le dégageant des éléments qui l'entourent. Moi-même j'ai, dans un cas, cherché à sauver le testicule; mais les tentatives de Bérard ne furent point plus heureuses que la mienne : nos malades succombèrent. Aussi je crois que dans le cas de tumeurs volumineuses des bourses il faut enlever le tout. On fait, en agissant

de la sorte, courir moins de risques aux malades. Blandin était aussi de cet avis.

Communication.

M. Chassaignac lit le mémoire suivant :

Nouvelle opération pour remédier à un mode particulier de déformation du nez et à ses conséquences fâcheuses.

La disposition parfaitement médiane et symétrique du nez est, chez presque tous les individus, soumise à des altérations plus ou moins prononcées. C'est, la plupart du temps, par une inclinaison latérale très forte chez quelques sujets, beaucoup moins accusée chez les autres, que le nez s'éloigne de la conformation primitive et *infantile;* car, chez le très jeune enfant, les obliquités latérales n'ont pas lieu.

On a déjà donné de ce phénomène, d'autant moins étudié peut-être qu'il est à chaque instant sous nos yeux, des explications variées. On doit se rappeler, avant tout, que l'inclinaison du lobule du nez à droite est la règle, tandis que l'inclinaison à gauche est l'exception.

Pour quelques physiologistes, c'est au mode habituel de décubitus du sujet pendant le sommeil que doit être rapportée la déviation latérale du nez. Cette hypothèse serait en contradiction formelle avec ce qu'apprend l'observation généralement faite, que le décubitus le plus ordinaire a lieu sur le côté droit du corps. Nous n'avons pas besoin de dire que, dans l'hypothèse dont il vient d'être parlé, l'agent de la déviation serait la pression exercée latéralement sur le lobule par les corps sur lesquels la tête repose.

Pour d'autres, la cause de la déviation réside dans la manière dont le sujet a l'habitude de se servir du mouchoir. Telle est l'opinion de Béclard, qui attribuait la déviation à droite de la pointe du nez à ce que l'action du mouchoir s'accomplit, chez le plus grand nombre des individus, avec la main droite.

Quelques-uns font remonter la cause du phénomène à des pressions exercées sur la face lors de l'accouchement.

Certaines déviations sont le résultat incontestable de violences brusques qui ont produit des lésions traumatiques.

Enfin, nous ne parlerons pas des déformations plus ou moins ca-

ractéristiques dues à l'altération syphilitique des os propres du nez.

Ce rapide aperçu a dû suffire pour faire voir que les déformations de l'appareil olfactif externe doivent être distinguées en deux classes : celles qui tiennent à une déviation osseuse ; celles qui tiennent à une déviation de la partie cartilagineuse. C'est uniquement de ces dernières que nous nous occuperons.

Les diverses causes dont nous avons parlé, nous ne les discuterons pas, pour plusieurs raisons :

1° Parce que nous croyons pouvoir indiquer une cause bien autrement physiologique et rationnelle de la plupart des déviations du nez ;

2° Parce que, tant que la déviation n'a pas d'influence fâcheuse sur les fonctions, elle ne justifie guère les efforts que ferait le chirurgien pour remédier à un inconvénient très minime ; et telle est la condition dans laquelle se trouve l'immense majorité des individus : c'est même là sans doute la cause pour laquelle cette question de l'étiologie est si mal étudiée et présente le vague dont nous avons parlé ;

3° Enfin, parce que, n'ayant eu vue que des déviations sérieuses et nuisibles à l'exercice des fonctions, et devant proposer contre elles un moyen chirurgical, nous avons autre chose à faire que de discuter gravement sur la question de savoir si le nez est bien exactement au milieu du visage et comment il cesse de s'y trouver.

Pour nous, la grande et essentielle cause, celle qui donne lieu à des indications thérapeutiques et diagnostiques, c'est la déviation de la cloison. Cette déviation tient elle-même, dans le plus grand nombre des cas, à un défaut d'harmonie, une sorte d'hypergénésie dans le sens vertical ; en un mot, à ce que la cloison tend à prendre des dimensions plus considérables que celles de l'espace qui lui est normalement réservé.

Supposez une lame ostéo-chondrale comme le diaphragme nasal, limitée en haut et en bas par des parties inflexibles comme la voûte et le plancher des voûtes olfactives. Supposez que, pincé en quelque sorte entre ces deux points fixes, ce diaphragme tende à acquérir des dimensions plus considérables que l'espace réservé à la cloison, force lui sera de s'infléchir latéralement, soit d'un côté, soit de l'autre ; de là une incurvation plus ou moins marquée.

A un degré faible, pas d'accidents. A des degrés de plus en plus

prononcés, se présente une série de phénomènes qui élèvent la difformité, d'abord légère, à l'état de maladie caractérisée, et réclame toute l'attention du chirurgien.

Plusieurs fois j'ai été consulté pour des cas de ce genre, et notamment pour un jeune homme de la Touraine, âgé d'à peu près dix-neuf ans, et placé en pension, à Paris, dans une institution préparatoire aux écoles spéciales. Je fis construire, dans ce cas, par M. Béchard, un petit appareil de pression au moyen d'un cercle entourant la tête et supportant une tige recourbée armée d'une petite pelote destinée à comprimer le côté saillant de la cloison.

Dans les degrés modérés, la déviation a pour effet de diminuer la capacité d'une des fosses nasales en agrandissant celle du côté opposé; mais la compensation n'est qu'apparente, en ce sens que ce n'est pas l'ampleur de la cavité nasale qui règle sa mesure d'utilité dans l'accomplissement de l'acte respiratoire, mais bien le degré d'ouverture de la narine et de sa continuation, en sorte que l'obturation d'une narine ou du conduit qui lui succède supprime d'emblée la moitié d'une prise d'air si complétement nécessaire dans son intégrité et si bien calculée pour le besoin de la fonction, qu'il y a gêne dès que le champ normal de l'ouverture est tant soit peu diminué par une cause quelconque.

La capacité amoindrie d'une des fosses nasales doit donner lieu à des enchifrenements assez fréquents; elle doit très probablement modifier le timbre de la voix; enfin elle altère un peu la régulière conformation du nez; mais nous sommes convenus de ne pas nous arrêter sur les degrés faibles qui seraient sans doute un objet fort intéressant de recherches délicates et curieuses. Nous ne faisons commencer notre étude que là où l'intervention chirurgicale nous paraît positivement réclamée.

Donc, quand la déviation est très forte, voici ce qu'on observe :

1° La fosse nasale vers laquelle se porte la cloison est complétement obstruée; 2° le bombement peut aller au point de donner lieu à une sorte de diaphragme horizontal qui ferme la cavité nasale d'un côté.

Il y a plus : la saillie peut prendre des dimensions telles, que la cloison vienne presque sortir à l'orifice de la narine par une sorte d'ampoule. Ces cas de renflement ampullaire ont pour premier inconvénient de donner quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic

trop connues des chirurgiens pour que je m'en occupe en ce moment. Mais, de plus, cette configuration anormale s'accompagne d'une déviation tellement prononcée du lobule du nez, qu'il en résulte une difformité très choquante. Chaque fois que le malade veut se moucher, la pression la plus douce cause parfois une douleur très vive. Enfin la muqueuse qui revêt l'ampoule formée à l'entrée de la narine, et qui déborde quelquefois la sous-cloison, s'excorie, saigne, se recouvre de croûtes, suppure même, exposée qu'elle est à mille causes d'attouchements douloureux.

C'est dans des conditions semblables, devenues difficiles à supporter, que me fut amené par sa mère le jeune L..., âgé de quatorze ans.

Six mois auparavant on avait consulté un de nos confrères, qui, reconnaissant une déviation commençante, crut que le développement ultérieur du jeune garçon ferait disparaître cette difformité et ses conséquences; mais il n'en fut pas ainsi, et la mère, de plus en plus alarmée sur une déviation chaque jour plus choquante et sur les inconvénients dont elle s'accompagnait, vint, d'après l'avis du docteur Feldmann, réclamer de moi l'emploi d'un moyen chirurgical propre à faire cesser un pareil état.

La pointe du nez était fortement et très disgracieusement déviée à droite, l'ampoule cartilagineuse remplissait la narine gauche.

Je tiens du docteur Debout, notre excellent collègue, que Blandin, dans un cas analogue, eut recours avec succès à la perforation totale de la cloison au moyen d'un emporte-pièce. Ce n'est pas de ce procédé que j'ai fait usage, et voici l'opération que j'ai pratiquée le 15 août 1851, avec l'assistance de M. Gardel, externe de mon service, et de M. le docteur Feldmann.

L'enfant étant assoupi au chloroforme et placé dans une position convenable en face du jour, je pratiquai tout près de la sous-cloison et dans le sens antéro-postérieur une incision très légèrement relevée à ses deux extrémités. Cette incision avait pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. J'introduisis alors dans l'intérieur de cette plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle je décollai la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération fut assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, je refoulai avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis je coupai plusieurs épaisseurs dans le

cartilage, jusqu'à ce que j'eusse obtenu une souplesse et un amincissement qui me permît de rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse devenue facile à déplacer. Cela fait, je ramenai de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique fut placée dans la narine pour rendre permanent ce qui venait d'être obtenu au moment même. L'éponge a été laissée plusieurs jours en place, et sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'a été la suite de cette opération plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang après la section de la pituitaire ne laissa pas de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé.

Aujourd'hui, 25 août, le jeune malade est parfaitement bien. Sa cloison est droite; ce qui n'empêche pas le lobule du nez d'avoir un peu de tendance à se latéraliser, résultat d'une conformation et d'une babitude de position depuis longtemps contractées. L'air qui ne sortait jamais par la narine gauche, y passe aujourd'hui librement.

On pouvait craindre que le filet ethmoïdal du rameau nasal ne fût intéressé dans cette opération ; mais l'examen au point de vue physiologique n'a révélé aucun trouble dans les fonctions de ce nerf.

J'avais pensé d'abord à redresser de vive force la cloison par des agents mécaniques pourvus d'une force suffisant à cet effet ; mais la crainte de causer une fracture ou un ébranlement dangereux à la lame perpendiculaire dc l'ethmoïde m'a conduit à préférer le mode opératoire que je viens de décrire.

Discussion.

M. Maisonneuve. Les exemples de déviation du nez sont communs dans la pratique, et le travail de M. Chassaignac touche à un point qui embarrasse souvent le praticien. J'ai souvent employé des appareils divers pour redresser le nez, et cela sans résultat. J'en ai même proposé un aux parents de cet enfant, auquel je donnais des soins pour la difformité qui a occupé notre collègue, mais ma proposition ne fut point acceptée. Toutefois, je crois que dans une circonstance analogue à celle où s'est trouvé M. Chassaignac, je préférerais l'opération de M. Blandin ; on pourrait même la prati-

quer en lui faisant subir une modification qui consisterait à isoler la muqueuse du cartilage médian, sur lequel M. Blandin faisait porter la résection.

M. Debout. L'opération que fit M. Blandin peu de temps avant sa mort avait pour but de faire cesser le nasonnement dont un jeune avocat était atteint.

M. Forget. L'opération de M. Chassaignac est intéressante en elle-même; mais le résultat est-il aussi satisfaisant que l'espérait notre collègue? Je vois dans le travail qu'il nous a lu que le nez avait encore une certaine tendance au déplacement. Or quelle est cette tendance, jusqu'où va-t-elle? L'opération de M. Chassaignac est nécessairement limitée dans son application; car il y a des déviations latérales du nez qui ne tiennent pas à la cause signalée par notre confrère.

M. Chassaignac. L'opération que je propose a plusieurs buts; il ne s'agit pas seulement de redresser le nez, mais bien de corriger les inconvénients qui tiennent à cette déviation, par suite de laquelle la membrane muqueuse s'enflamme, s'excorie. Cet état maladif de la membrane muqueuse, dans plusieurs circonstances, a fait croire à un polype; de plus, la respiration se fait difficilement. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué mon opération était affecté d'un ronflement continuel; de plus, sa voix était nasonnée, et chaque fois qu'il se touchait le nez un peu brusquement, il éprouvait de la douleur. C'est pour toutes ces raisons que j'ai pratiqué l'opération que je fais connaître à la Société. Je le répète en terminant, mon but seul n'était point de redresser le nez; je n'ai point fait l'opération de Blandin, d'abord parce que je ne savais pas que l'on pût sans inconvénient faire communiquer les deux narines, et qu'elle ne pouvait rien sur le redressement du nez.

M. Monod. Je ne crois pas que la déviation du nez tienne toujours à une hypertrophie du cartilage médian; j'ai vu un enfant naissant dont le nez était couché sur la joue, et il s'est redressé de lui-même. Je crois que souvent ces déviations tiennent aux os eux-mêmes.

M. Giraldès. La déviation du cartilage médian est commune; elle entraîne le plus souvent la formation d'une ampoule d'un côté, tandis que de l'autre il y a une oblitération presque complète. Ces déviations tiennent à un développement plus considérable d'un

côté de la face correspondant à l'ampoule, tandis que, de l'autre côté, il y a une légère atrophie. La cause première de ces déviations tient donc à un développement plus marqué du système osseux d'un côté que de l'autre.

M. MOREL a vu un malade dont la déviation était telle, que l'on ne pouvait pas passer entre la face et la paroi externe des narines la plus mince spatule.

M. HUGUIER. L'année dernière, j'avais à enlever des polypes muqueux chez une personne sur laquelle on voyait cette déviation ; ne pouvant introduire du côté de la déviation une pince à polypes, je pris le parti de la redresser de vive force, ce que je fis avec facilité à l'aide d'une pince à pansement. Dès lors, je pus débarrasser le malade de ses polypes.

M. DEMARQUAY. La déviation de la cloison peut être amenée non-seulement par certaines dispositions des os de la face, mais encore par une altération du vomer. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique, une exostose de cet os qui avait entraîné une déviation du cartilage. Relativement à l'opération de Blandin, je ferai observer qu'elle n'avait point pour but de corriger la difformité résultat de la déviation de la cloison, mais bien de faire cesser le nasonnement en établissant le passage facile de l'air dans les deux narines. J'ai assisté à des manœuvres sur le cadavre faites avec l'instrument qui avait été imaginé à ce sujet, et l'opération est facile. Elle se fait avec une espèce d'emporte-pièce dont chaque partie est introduite dans une narine; leur rapprochement détermine la perforation de la cloison par l'enlèvement d'une portion de cette dernière. Peu de temps avant sa mort, ce professeur, ainsi que vous l'a dit M. Debout, avait eu la pensée de publier un petit travail, non-seulement sur ce sujet, mais encore sur d'autres petites opérations qu'il avait pratiquées sur le nez et dans les narines. J'avais fait quelques recherches et quelques préparations anatomiques dans ce but, mais ce travail ne put être terminé.

M. GUERSANT. Je suis parvenu quelquefois à redresser le cartilage de la cloison par l'application d'une double canule de Dupuytren. Pour obtenir quelque chose de ce moyen, il faut le continuer longtemps.

— M. GUERSANT présente à la Société une pince en acier qu'il a fait faire à M. Charrière, elle a la forme d'une tenaille; il l'em-

ploie, en la faisant rougir à blanc, pour la section et la cautérisation des bourrelets d'hémorrhoïdes dégénérés. Ce moyen, dont il se sert après avoir chloroformé le malade, lui paraît supérieur aux instruments tranchants et aux ligatures, parce qu'ils sont à l'abri des érysipèles ; il lui paraît plus actif et plus certain que l'application du caustique de Vienne, parce qu'il agit plus promptement en enlevant sur-le-champ la principale partie qu'on désire détruire ; enfin, la douleur de l'opération est de plus courte durée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 3 *septembre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Présentation de malades.

M. CHASSAIGNAC présente deux malades sur lesquels il avait déjà appelé l'attention de la Société de chirurgie, et qui ont subi chacun une opération dont le résultat est satisfaisant. L'un d'eux était affecté d'un staphylome pellacide.

M. MONOD présente deux malades dans le but de démontrer les avantages que le chirurgien peut retirer du traitement des tumeurs érectiles par l'usage des aiguilles et du séton successivement employés.

Le premier malade est une jeune fille maintenant âgée de quatorze ans ; elle lui fut présentée à l'âge de neuf mois. Elle portait sur la face, au niveau du maxillaire inférieur à gauche, une tumeur érectile volumineuse, s'étendant depuis la commissure labiale jusqu'au conduit auditif ; cette tumeur était entièrement sous-cutanée, ne faisant pas saillie dans l'intérieur de la bouche. M. Monod enfonça de nombreuses aiguilles qui traversèrent la tumeur de part en part, et les fixa par un fil lâchement appliqué, comme s'il s'agissait d'une suture entortillée. Dix jours après, le trajet de ces aiguilles était en pleine suppuration. A la place des aiguilles, on mit plusieurs sétons placés à l'aide d'aiguilles plates, et dans toutes les directions. Ces opérations furent souvent répétées, et au bout d'un an la guérison était complète.

On ne trouve, sur le lieu occupé il y a treize ans par la tumeur,

aucune induration ; il n'existe sur la peau que quelques cicatrices plates peu étendues, ne constituant aucune difformité.

L'autre malade, âgé de sept ans, est un jeune garçon qui offrait une tumeur érectile, de même nature, dans la paume de la main droite, développée au niveau de l'articulation de la première phalange de l'index avec le métacarpien correspondant ; la tumeur avait un rapport intime avec les tendons fléchisseurs. M. Monod eut encore recours au traitement par les sétons. Le 30 avril 1850, il appliqua d'abord des aiguilles qui furent laissées en place quinze jours; ensuite eut lieu une première application de sétons qui restèrent également quinze jours, et quatre fois cette opération fut répétée. Les sétons étaient quelquefois laissés en place pendant un et deux mois. Actuellement cet enfant est parfaitement guéri, et les mouvements des doigts ont conservé toute leur intégrité.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Vidal donne les détails suivants sur l'opération qu'il a pratiquée sur son malade porteur d'une tumeur testiculaire.

Opération d'une tumeur testiculaire.

M. Vidal. J'ai opéré, avec l'assistance éclairée de MM. Larrey et Morel, le malade que je vous ai présenté dans la précédente séance. J'ai donc enlevé cette énorme tumeur des bourses dont le diagnostic avait été le sujet d'une discussion ; je l'ai enlevée avec une portion de peau. Au lieu de lier le cordon en masse, je l'ai étreint avec une très grosse serre-fine que je pourrai enlever demain. De cette manière, je ne contrarierai pas la cicatrisation, comme je l'aurais fait par la ligature en masse, qui ne divise que très tard le cordon; il reste donc longtemps un corps étranger dans la plaie. Toute la plaie a été réunie avec des serres-fines de moyenne grosseur.

Quant à la composition de la tumeur, elle nous a étonné. C'est, comme vous le voyez, une énorme masse tuberculeuse qui envahissait tout le testicule; il y avait aussi, comme je l'avais dit, un épanchement séro-sanguinolent dans la tunique vaginale. D'après ce que j'ai avancé, cette tumeur devrait être maligne. Le bon état actuel de la santé de l'opéré semble me donner un démenti. Mais je suivrai longtemps le malade ; quand il sera sorti de l'hôpital, je prendrai son adresse, et je crains bien, plus tard, de vous dire le

dernier mot, mot fatal pour lui. Les suites de cette tumeur, qui ne vous paraît pas *maligne*, seront malheureuses.

M. Gosselin. Je suis heureux d'appeler l'attention de la Société sur un fait qui m'intéresse, que j'ai déjà observé six fois et qui est devenu de ma part l'occasion d'un travail ; c'est l'épaississement de la tunique vaginale. Ce fait est vulgaire ; mais ce qui est important à connaître, c'est que cette fausse membrane, surtout développée sur la tunique vaginale non testiculaire, peut se décoller et s'enlever avec grande facilité : elle est formée, comme les fausses membranes, par un tissu à fibres mal déterminées. Or, il résulte de ce fait une application à la médecine opératoire. En effet, dans le cas d'hydrocèle et d'hydro-hématocèle avec épaississement des tissus, dû surtout à la présence de cette fausse membrane, on pourra, une incision étant faite aux téguments, énucléer cette fausse membrane et l'enlever d'autant mieux qu'elle ne se prolonge pas sur le testicule ; de la sorte, on ne sera pas exposé à léser le cordon, ni l'épididyme. Cette énucléation de la fausse membrane préviendra les inflammations qui surviennent à la suite des opérations qui ont pour but de guérir l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, gravité sur laquelle M. Denonvilliers a appelé récemment votre attention.

Saviart et M. Malgaigne ont déjà cherché à détacher cette fausse membrane ; mais le fait n'a point encore été généralisé.

M. Maisonneuve. Le fait que vient de nous signaler M. Gosselin est intéressant au point de vue pratique. Nous savions tous combien les fausses membranes qui se forment dans la tunique vaginale pouvaient acquérir de volume ; mais ce que nous ne savions pas, c'est la facilité avec laquelle on les détache des parties centrales. L'application que propose notre collègue de ce fait anatomo-pathologique ne doit point être oubliée.

M. Robert. Je ferai observer que sur la pièce de M. Vidal la fausse membrane se prolonge sur le testicule ; dans ce cas, le procédé proposé par M. Gosselin n'eût peut-être pas été applicable.

M. Giraldès. Il est un fait de physiologie pathologique qu'il ne faut point oublier, à savoir, que les fausses membranes, après un certain temps de durée, s'unissent tellement intimement avec les séreuses qu'elles recouvrent, que toute délimitation devient impossible. Or, pour donner plus d'importance et en même temps plus de

précision aux recherches de M. Gosselin, il faudrait savoir l'âge des fausses membranes qu'il a enlevées, en même temps que l'époque à laquelle les fausses membranes de la tunique séreuse vaginale deviennent adhérentes.

M. Gosselin. En signalant à la Société un point d'anatomie pathologique qui fait l'objet de mes recherches, je n'ai point eu la prétention de revendiquer la priorité d'un fait déjà vu par Boyer et Blandin; j'ai voulu seulement montrer que la pratique peut tirer parti d'une circonstance pathologique peu étudiée jusqu'à ce jour. Quant à l'adhérence intime, à la fusion de la fausse membrane avec la tunique vaginale, je répondrai à M. Giraldès que je ne sais ni si elle s'opère, ni à quelle époque elle s'opère; je lui dirai que j'ai pu enlever des fausses membranes qui remontaient à huit, dix et quinze ans. Si, dans cette circonstance, les fausses membranes se transforment, il faut admettre que c'est plus tard que cette transformation a lieu.

M. Larrey a eu occasion de voir, mais, à la vérité, sans en apprécier la nature, les pseudo-membranes signalées par M. Gosselin, et qui avaient l'apparence d'un épaississement de la tunique vaginale. C'était dans des opérations d'hydrocèle par incision, méthode que M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, employait presque toujours exclusivement. M. Larrey suppose même que l'intéressante remarque faite par M. Gosselin serait souvent vérifiée, si les chirurgiens adoptaient davantage l'incision dans les cas d'hydrocèle n'offrant que peu ou point de transparence.

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société une brochure de M. Willaume, ancien chirurgien principal des armées, ayant pour titre : *Recherches historiques sur les armes à feu.*

Rapport.

Rapport sur les travaux présentés par M. le docteur Gensoul, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société.

Les travaux présentés à la Société de chirurgie par M. le docteur Gensoul, de Lyon, consistent :

1° En une note imprimée sur le mécanisme de la vision;

2° En un mémoire imprimé sur un nouveau procédé pour opérer les polypes de la matrice;

3° En une observation imprimée relative à un anévrisme traumatique de l'artère axillaire;

4° En une thèse soutenue à Paris en 1828, par M. Pillet, de Lyon, sur l'extirpation de la glande parotide; thèse basée sur des faits appartenant à M. Gensoul;

5° Enfin, en deux observations inédites d'extirpation de la glande parotide.

Le règlement de notre Société n'admettant comme titre à la candidature de membre correspondant que des travaux inédits, je me contenterai de faire mention des quatre premiers ouvrages, qui tous vous sont déjà connus, et je n'appellerai votre attention que sur les deux observations manuscrites d'extirpation de la glande parotide.

La première a trait à un homme âgé de soixante-trois ans, qui portait une énorme tumeur carcinomateuse dans la région parotidienne et cervicale du côté gauche. Le malade était sous le coup d'une suffocation imminente et implorait ardemment l'opération. M. Gensoul ne s'y décida toutefois qu'avec une répugnance extrême. Il pratiqua d'abord une longue incision étendue de l'apophyse mastoïde gauche à la clavicule, puis une seconde transversale qui, du milieu de la première, se dirigeait sous le menton jusqu'à l'angle maxillaire droit.

Ces larges incisions permirent de mettre à découvert et d'extirper d'abord dix ou douze ganglions, dont quelques-uns avaient le volume du poing; continuant ensuite de bas en haut la dissection dans laquelle l'artère carotide et la veine jugulaire interne furent mises à nu dans une étendue de plusieurs pouces, l'opérateur arriva graduellement jusqu'à la glande parotide, qui, partie avec les doigts, partie avec les ciseaux, fut détachée tout entière de l'excavation profonde dans laquelle elle était logée. Pendant tout ce dernier temps de la manœuvre, l'artère carotide fut maintenue comprimée par les doigts d'un aide, et, quand l'opération fut terminée, on n'eut à lier que quelques branches secondaires de la carotide externe. Les lèvres de la plaie furent ensuite rapprochées par des points de suture et recouvertes d'une simple compresse. Les suites immédiates de cette opération ne furent traversées par aucun acci-

dent grave, et dès le quarantième jour le malade put retourner dans ses foyers, où la cicatrisation acheva de se compléter. Cette guérison, toutefois, ne fut que temporaire ; la tumeur reparut quelques mois après avec une nouvelle intensité ; le malade ne tarda pas à périr.

La deuxième opération a pour sujet une demoiselle de vingt-neuf ans, qui vers l'âge de quatorze ans avait vu se développer dans la région parotidienne droite une tumeur dont les progrès furent lents, mais continuèrent incessamment malgré plusieurs médications actives. En 1847, époque où la malade consulta M. Gensoul, la tumeur avait le volume d'un énorme cône ayant sa base appliquée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire inférieure, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du col et paraissant soudé aux vertèbres cervicales; le sommet du cône était mamelonné, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies que présentait sa surface.

L'opération fut pratiquée le 12 juillet 1847, la malade étant préalablement soumise à l'éthérisation. La tumeur adhérait à la branche montante du maxillaire inférieur, au pavillon de l'oreille, au conduit auditif externe, à l'artère carotide interne; elle enveloppait l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan. La dissection en fut opérée avec hardiesse et habileté, et n'exigea d'autre sacrifice que celui du nerf facial. La guérison de cette plaie énorme se fit avec lenteur; plusieurs fois M. Gensoul fut obligé de réprimer énergiquement avec des cautérisations profondes par le chlorure de zinc des végétations fongueuses qui menaçaient de reproduire la maladie. Mais, enfin, au bout de cinq mois la guérison fut entière, et depuis quatre ans elle ne s'est pas un instant démentie.

La tumeur était formée d'un tissu lardacé, dur, au milieu duquel existaient des points spongieux ramollis et noirâtres, et quelques kystes remplis de liquides sanieux et sanguinolent.

Si depuis longues années déjà M. Gensoul ne vous était connu comme une de nos illustrations chirurgicales, le simple résumé de ces deux observations inédites suffirait amplement pour vous révéler sa valeur. Il n'appartient qu'au chirurgien de premier ordre d'oser et de mener à bien de semblables opérations. Mais je n'ai

point à faire ressortir ici le mérite de M. Gensoul ; je ne pourrais rien dire à cet égard que vous ne sachiez tous ; je me bornerai donc à signaler à votre attention quelques-uns des enseignements pratiques qui ressortent des deux observations remarquables dont je vous ai donné l'exposé succinct.

Nous y voyons :

1° La confirmation de ce fait maintenant bien établi que la glande parotide peut être enlevée en totalité sans lésion des gros troncs artériels ou veineux du cou;

2° Que cette opération peut, sans compromettre d'une manière trop grave la vie des malades, être exécutée même chez des personnes fort avancées en âge ;

3° Enfin que, par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation.

Toutes ces propositions, du reste, sont confirmées par l'expérience de plusieurs de nos collègues, entre autres de MM. Denonvilliers, Monod et votre rapporteur, qui vous ont fait part d'opérations analogues suivies d'un succès complet.

Il est à regretter seulement que l'examen microscopique de la tumeur n'ait pas été fait ; ce fait eût apporté un élément de plus à la solution de cette question si grave de la curabilité radicale des tumeurs dites cancéreuses.

Quoi qu'il en soit, les faits présentés par M. Gensoul ont un grand intérêt; ils contribueront sans aucun doute à soutenir le courage et l'énergie des chirurgiens dans leurs déterminations opératoires contre les tumeurs malignes de la région parotidienne.

Votre commission, par l'organe de votre rapporteur, a l'honneur de vous proposer :

1° Le dépôt dans la bibliothèque de la Société des brochures présentées par M. Gensoul;

2° L'impression des deux observations manuscrites ;

3° L'admission de M. Gensoul au nombre de vos membres correspondants.

Obs. I. — *Ablation de la parotide.*

Lorsque le docteur Pillet soutint sa thèse en 1828 sur l'extirpation de la glande parotide, quelques chirurgiens contestaient encore

la possibilité d'enlever la parotide sans exposer les malades à une mort à peu près certaine. La chirurgie actuelle a démontré jusqu'à l'évidence que l'ablation de la parotide faisait courir moins de danger aux malades que l'amputation de la cuisse. Depuis les deux opérations couronnées de succès et consignées dans la thèse du docteur Pillet, j'ai enlevé quatre fois la parotide, et je n'ai jamais eu à me plaindre de cette prétendue témérité. Dans un des cas, la parotide n'était qu'une annexe d'une agglomération de ganglions énormes qui entouraient le cou et gênaient la respiration et la déglutition.

M. P..., de Saint-Haon-le-Vieux (Loire), âgé de soixante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, vint se présenter à moi le 8 septembre 1848 dans un état d'angoisse inexprimable. Je l'examinai avec la plus grande attention, et, lorsque je me fus assuré que les ganglions qui soulevaient l'oreille gauche, au-dessous de laquelle ils avaient pris naissance et qui de là avaient gagné le dessous de la mâchoire, tout le côté gauche et antérieur du cou jusque près de la clavicule, s'étendaient jusqu'au côté droit du cou au-dessous de la mâchoire; lorsque je me fus assuré, dis-je, que ces ganglions lymphatiques énormes ne paraissaient pas adhérer ailleurs que sur la parotide, je laissai comprendre au malade que peut-être on pourrait enlever cette énorme tumeur. Il s'empara de cette idée et me sollicita d'une manière si pressante que je me décidai à promettre de l'opérer. J'avoue que, quoique j'aie eu de bien graves opérations à faire, celle ci ne me laissa pas dormir la nuit qui la précéda, et, lorsque je fus avec MM. les docteurs Pillet, Tavernier et Floret et quelques élèves pour procéder à l'opération, ils reculèrent tous devant la pensée de toucher à une semblable tumeur et m'engagèrent à dire que, les ganglions ayant encore pris de l'accroissement pendant la nuit, il fallait temporiser; mais le malade, qui suffoquait, rendit à mes assistants du courage en leur disant qu'alors même que l'on enlèverait seulement une partie de la tumeur, il pourrait respirer quelques heures et dicter ses dernières volontés pour régler ses affaires.

Je commençai immédiatement par une large incision, qui s'étendit de derrière l'oreille gauche jusqu'au bas du cou, puis une seconde incision en travers s'étendant du milieu de la première incision jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté droit. Je découvris ainsi

largement les ganglions, et, en incisant sur chacun d'eux le tissu cellulaire fibreux dans lequel, par le fait de leur accroissement, ils s'étaient enkystés, je parvins assez aisément et sans danger à en détacher dix à douze, dont plusieurs dépassaient en volume la grosseur du poing; mais arrivé à la partie supérieure sur la parotide, qui était écrasée et confondue avec les ganglions supérieurs, j'eus alors une dissection plus difficile et plus délicate, bien moins cependant que l'on ne pourrait le supposer, parce que rien ne gênait la manœuvre opératoire dans une si large plaie; l'angle de la mâchoire était à nu, le muscle sterno-mastoïdien avait été allongé et entièrement déjeté en arrière; l'artère carotide et la veine jugulaire interne apparaissaient dans l'étendue de plusieurs pouces parfaitement à nu; les ganglions, par leur présence, avaient disséqué la partie profonde du col, et l'on pouvait voir la partie antérieure des vertèbres sans que le bistouri ait eu rien à faire dans cette dénudation. Le doigt d'un aide appliqué sur la carotide me rendait maître du sang artériel, et une pression légère sur la jugulaire la faisait gonfler et garantissait du danger d'ouvrir une veine aplatie sans l'apercevoir; la tumeur fut détachée de la partie supérieure en grande partie avec les ciseaux et les doigts; je n'eus à lier que quelques gros rameaux de la carotide externe; la veine jugulaire externe avait sans doute été atrophiée par sa compression et par sa distension énorme, car je n'ai pas eu besoin de la lier. Je pus donc sans beaucoup de peine disséquer et arracher la parotide, qui était attachée par un tissu fibreux aux apophyses mastoïde et styloïde. Je me hâtai de rapprocher les lambeaux de peau, et je fis deux seuls points de suture aux angles des lambeaux pour éviter tout pansement, toute pression sur le col. Je couvris la plaie d'un simple linge; je fis envelopper le malade de coton cardé de la plaie jusqu'à l'extrémité des pieds, afin de rappeler la chaleur sans le charger de couvertures. Je prescrivis pour les premières heures une potion narcotique et stimulante avec l'eau de laitue, le sirop de morphine, l'acétate d'ammoniaque et la teinture de cannelle; six heures après, le pouls s'était relevé, le malade était en sueur; je fis suspendre la potion et fis donner quelques infusions légères et chaudes de fleurs de mauve par le moyen simple et en renouvelant le coton lorsqu'il était trop mouillé; en laissant le malade trois jours dans cet état de sueur réactive, il s'établit une suppuration

abondante, qui suintait facilement à travers les téguments simplement rapprochés par leur pesanteur. Le pouls était bon, le moral du malade relevé et de jour en jour la suppuration diminua; l'on put soutenir le malade par des bouillons, puis par des aliments plus solides, et, quarante jours après celui de l'opération, il put se rendre dans ses foyers ayant seulement une petite plaie au-dessous de la mâchoire, dont la cicatrisation était complète au troisième mois.

Deux ou trois mois plus tard des ganglions lymphatiques ont reparu sur différents points du cou et à la partie supérieure de la poitrine, et le malade, qui avait si heureusement été rétabli, succomba quelques mois après sans que j'aie été appelé à lui donner des soins, qui eussent été sans espoir.

L'examen anatomique des ganglions ne m'a offert rien de remarquable; ils étaient jaunâtres, d'un tissu fibro-lardacé, et dans quelques-uns il existait des kystes remplis d'une suppuration d'un gris noirâtre; la parotide était fibreuse, son volume peu considérable; elle avait été comprimée et entourée de ganglions; il m'est impossible de dire si l'engorgement de la parotide a été la cause du développement des ganglions ou si les ganglions ont été la maladie primitive. Il reste seulement acquis ce fait que l'ablation des tumeurs de la parotide ou de toute autre nature de la partie supérieure du cou peuvent être enlevées avec succès.

Lorsque j'ai pratiqué d'autres opérations, j'ai été, comme dans les deux cas cités dans la thèse dont j'envoie un exemplaire, assez heureux pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie. Deux fois, de 1830 à 1840, j'ai enlevé des parotides réduites à l'état fibro-squirrheux et qui menaçaient seulement de devenir cancéreuses. L'opération et la guérison n'ont rien offert qui mérite d'être cité; mais celle que j'ai pratiquée en 1847, et qui a été rédigée par le docteur Floret, médecin ordinaire de la malade qu'il m'avait adressée et dont il a suivi lui-même presque tous les pansements, me paraît digne de fixer votre attention non par le fait de l'opération, mais parce que, malgré sa nature carcinomato-vasculaire et la fréquente repullulation de sa base, la guérison a pu être obtenue par des applications répétées de chlorure de zinc, et qu'une cicatrice solide adhérant aux apophyses styloïde et mastoïde a pu être

formée sans que depuis quatre années il se soit manifesté le plus léger indice du retour de la maladie.

Je remets cette observation telle qu'elle m'a été donnée par le docteur Floret, qui me pressait depuis plus de deux années de la publier; mais j'ai voulu que le temps eût mis un sceau plus solide à la certitude de la guérison.

OBS. II. — *Ablation d'une parotide cancéreuse*, par le Dr GENSOUL.

(Observation recueillie par le Dr FLORET, médecin ordinaire de la malade.)

Mademoiselle Bernascon, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux et bilieux, d'une constitution délicate, éprouvant fréquemment des malaises gastralgiques, fut affectée dans son enfance d'une teigne faveuse qu'elle fit disparaître par des lotions d'eau froide sur la tête. A l'âge de quatorze ans, une tumeur apparut dans la région de la parotide droite. D'abord peu volumineuse, aplatie, insensible, elle ne fixa pas l'attention; mais plus tard, comme elle faisait une saillie assez prononcée à l'angle de la mâchoire, la malade eut recours à son médecin, qui conseilla les frictions iodurées, mais sans obtenir aucun résultat.

L'âge de la puberté fut attendu comme une époque de délivrance, mais en vain. Chaque année la tumeur prenait un accroissement sensible; et dans le courant du mois de mai de 1847 cette demoiselle me consulta pour la première fois.

La tumeur avait alors la forme et le volume d'un énorme coing ayant sa base appuyée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du cou et paraissant soudé aux vertèbres cervicales. Le sommet du cône était mamelonné, fluctuant, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies que présentait sa surface.

Je pris l'empreinte en cire de la tumeur dans les premiers jours du mois de juin, et le mois touchait à peine à son terme que cette tumeur s'était considérablement accrue, que la fluctuation y devenait plus sensible, et que la peau, plus transparente, prenait l'aspect qu'elle contracte dans les engorgements variqueux et dans le

cancer hématode, si bien décrit par Maunoir, de Genève, et par le professeur Delpech.

L'opération ne pouvait être faite sans courir la chance de rencontrer les nerfs cervicaux et la carotide confondus dans le tissu de la tumeur, dont tout le réseau du nerf facial recouvrait la surface; mais c'était la seule chance de salut. Elle fut pratiquée le lundi 12 juillet 1847 par M. le docteur Gensoul, assisté par le docteur Pillet et par moi.

La malade, placée sur une chaise ordinaire, fut soumise à l'action anesthésique de l'éther, qui, provoquant au bout de trois minutes une toux sèche, occasionna une crise avec des contractions spasmodiques; mais bientôt le calme se rétablit, nous pûmes obtenir la résolution des muscles, le sommeil et l'insensibilité qui permit de commencer l'opération.

La tumeur fut cernée par deux incisions semi-elliptiques qui divisèrent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La dissection de sa partie antérieure fut poussée aussi loin que possible, dans l'espérance de détacher avec les ongles et des instruments mousses l'excédant de sa masse, sans avoir recours au bistouri pour la séparer des troncs artériels refoulés en arrière. Mais une grande partie étant soudée à la branche du maxillaire inférieur, le muscle masséter, le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe étant adhérents et presque confondus avec le tissu désorganisé, il fallut d'abord disséquer, isoler avec soin toutes ces parties. En arrière, au niveau des branches de la carotide interne, deux ligatures furent nécessaires.

La tumeur enveloppant l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan, il fallut la détacher avec des ciseaux, et la dissection put être achevée sans accident. Un tubercule appuyé sur la carotide interne restait encore; il ne pouvait être détaché sans lésion grave, il fut lié à sa base au moyen de l'aiguille courbe.

La tumeur enlevée, le côté du col présentait une excavation profonde dans le fond de laquelle battait l'artère carotide, et se distinguait le nerf de la huitième paire. Toutes les parties importantes avaient été épargnées, à l'exception toutefois du nerf facial, que l'on dut sacrifier.

Le pansement fut fait avec des éponges poussées dans le fond

de l'excavation, et comprimant les petites artérioles qui n'avaient pu être liécs, l'on plaça par-dessus des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage roulé.

L'agitation causée par l'éther se prolongea pendant une partie du jour, et l'appareil fut légèrement taché de sang. — Diète sévère; boissons émollientes; potions calmantes; silence absolu.

Ces moyens amenèrent le calme dans la soirée; il continua pendant la nuit.

L'opération, à part la fièvre traumatique, ne fut suivie d'aucun accident gave. La plaie marchait promptement à cicatrisation, et cet immense vide se comhlait d'un jour à l'autre avec promptitude. Les traits étaient déviés à gauche par la section du nerf facial, et dès les premiers jours du mois d'août la plaie, fermée cn has, ne persistait que sous le pavillon de l'oreille et derrière l'articulation du maxillaire inférieur, où le tubercule détaché par la ligature laissait encore une hase dure et inquiétante.

Cette opération, qui avait nécessité nne dextérité si grande, aidée d'une assurance acquise par une longue habitude, pouvait donc être considérée comme un succès brillant. La plaie, presque guérie, ne présentait qu'une petite surface fongueuse pouvant se recouvrir d'une cicatrice à l'aide de pansements bien faits et de quelques cautérisations au nitrate d'argent; mais ce succès, hélas! fut éphémère; il fallut poursuivre ce tissu fongueux, et pour le détruire il ne restait qu'un moyen, c'était des applications de chlorure de zinc hien dirigées et surveillées avec une extrême prudence; car on agissait autour de l'artère carotide.

Le 3 août, l'on fait une première application de sparadrap chloruré sur le cartilage de l'oreille et sur le conduit auditif, qui n'avait pu être entièrement dégagé par l'instrument. Le caustique reste en place pendant huit heures, et fait une eschare grise, sèche qui se détache le sixième jour. Les pansements furent continués avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat ou d'onguent digestif. Les hourgeons charnus ont un aspect rassurant; la plaie est de honne nature.

Restc encore la hase du tuhercule, qui tient en bas à l'apophyse styloïde. Les bourgeons sont durs, grisâtres, hlafards, à bords renversés, saignant au moindre contact.

Ces parties, fort épaisses, furent successivement recouvertes de

sparadrap caustique; et jusqu'au mois de novembre je poursuivis, par des applications répétées dix fois de huit en huit jours, leur tendance cancéreuse.

La plaie fut entièrement fermée à la fin de novembre. Du 12 juillet à cette époque, cinq mois furent donc nécessaires pour obtenir une guérison complète, et quatre ans pour proclamer un succès assuré.

Aujourd'hui, 1er août 1851, la cicatrice est solide et la malade jouit d'une parfaite santé.

Le tissu de la tumeur était, comme nous l'avions prévu, celui du cancer vasculaire encéphaloïde, c'est-à-dire un mélange de parties lardacées dures à l'état cru, et de points spongieux ramollis, noirâtres, au centre desquels étaient quelques kystes remplis d'un fluide sanieux mêlé de sang. Ces kystes donnaient à la tumeur l'aspect mamelonné.

M. Robert. Je m'élève contre une proposition trop absolue du rapport de M. Maisonneuve, à savoir que les tumeurs cancéreuses parotidiennes ont moins de tendance que les autres à repulluler; le cancer de la parotide n'a point cette immunité, nous le voyons se reproduire dans la première observation de M. Gensoul. Dans la seconde, la récidive n'est pas mentionnée; mais avait-on affaire à un véritable cancer? Depuis quelque temps j'ai eu occasion d'enlever des tumeurs parotidiennes qui me paraissaient bien évidemment cancéreuses. Eh bien! dans ces deux cas, un examen microscopique nous a démontré de la manière la plus évidente que les tumeurs enlevées étaient formées par l'hypertrophie d'un ou de plusieurs lobes de la glande parotide, dont le microscope démontrait tous les éléments. Ainsi l'hypertrophie glandulaire ne se rencontre pas seulement dans la glande mammaire, mais encore dans les glandes salivaires. Ce fait intéressant sera de ma part l'occasion d'un travail que je soumettrai à la Société.

M. Maisonneuve. En écrivant le rapport que je viens de lire à la Société, j'avais été frappé du vague qui existe encore sur les tumeurs parotidiennes, et je me suis demandé si certains éléments de la glande, en s'hypertrophiant, ne donneraient pas lieu à une tumeur. Je suis heureux de voir que M. Robert a observé ce que j'avais supposé, *à priori*, par l'absence de reproduction que l'on observe assez souvent à la suite d'ablation de ces tumeurs paroti-

diennes. J'ai eu occasion d'enlever une tumeur développée dans cette région, et qui s'était reproduite après une première ablation faite par Blandin ; il n'y a point eu de récidive. Il est un point de chirurgie pratique sur lequel l'opinion n'est point encore arrêtée ; je veux parler de la ligature de la carotide primitive, dans le but de prévenir une hémorrhagie pendant l'ablation de la parotide. Dernièrement ayant à enlever une tumeur volumineuse développée dans la région qui nous occupe, il pratiqua la ligature de la carotide primitive correspondante. Mais bientôt une hémiplégie survint, et deux jours après l'opération le malade succombait aux suites d'un ramollissement cérébral des lobes cérébraux correspondants. En raison de cette gravité, je rejette la ligature de la carotide.

M. Chassaignac. J'ai fait aussi la ligature de la carotide comme moyen préventif de toute hémorrhagie dans l'ablation d'une tumeur parotidienne ; je dois dire que la ligature que j'avais faite ne me fut d'aucun secours. La circulation, en retour, se fit avec tant de rapidité, que le sang pleuvait en quelque sorte dans la plaie nécessitée par mon opération. En raison de ce fait, je rejette la ligature de la carotide primitive faite d'une manière préventive dans l'ablation de la parotide.

M. Larrey croit utile de rappeler que Bérard (Auguste) a signalé dans une excellente thèse (1) les erreurs de diagnostic relatives non-seulement à la nature de l'altération ou de la dégénérescence de la glande parotide, mais encore au siége de la maladie, en indiquant les cas dans lesquels des tumeurs de la région parotidienne ont été extirpées pour des tumeurs de la glande elle-même.

M. Larrey ajoute que son père a rapporté un fait de ce genre (2).

Présentation de pièces anatomiques.

Cas de croup avec extension des productions pseudo-membraneuses jusque dans les petites ramifications bronchiques.

M. Morel met sous les yeux de la Société des poumons recueillis sur un enfant de quatre ans mort de la suite d'un croup. Les fausses membranes qui tapissaient la face interne du larynx et la trachée-artère pénétraient jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Ici la bronchotomie eût été complétement insuffisante.

(1) *Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne.* 1841.

(2) *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires.* 1841.

Anatomie pathologique d'une hydrocèle récemment opérée.

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un homme qui avait subi l'opération d'hydrocèle depuis cinq jours, et qui succomba le sixième jour de l'opération du tétanos. M. Huguier fera connaître dans la prochaine séance les détails du fait.

Anévrisme de l'artère poplitée ; rupture du sac ;

par M. Boullay, interne du service.

Au n° 258, hôpital Beaujon, service de M. Robert, est couché le nommé R..., négociant, âgé de trente-six ans. Cet homme, bien constitué, jouit ordinairement d'une bonne santé ; il a eu, étant jeune, une carie du tibia droit ; il n'a jamais eu d'affections syphilitiques ni rhumatismales. Son père est mort d'une maladie du cœur ; un de ses oncles est mort subitement, sans qu'on ait su la cause de sa mort.

Né en France, il habitait l'Espagne depuis quelque temps, quand il y a cinq mois il éprouva en marchant, dans la jambe droite, de la fatigue, qui augmenta les jours suivants ; une douleur vive se manifesta ; des applications de sangsues furent faites et n'amenèrent aucun soulagement. La douleur augmenta, apparut dans le creux poplité une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, qu'on reconnut être un anévrisme. Le malade revint en France dans les premiers jours du mois d'août. Depuis ce temps, de la glace fut maintenue en permanence sur la tumeur, qui avait presque le volume du poing ; elle ne produisit aucune amélioration.

Le 27 août, le malade éprouva dans le mollet une douleur très violente qui dura une heure environ ; toute la jambe devint immédiatement très volumineuse, insensible, et toute la partie située au-dessous du mollet devint froide. Cet état persista jusqu'au 31 août ; quelques phlyctènes se manifestèrent. Le malade fut transporté à Beaujon, où on constata l'état suivant :

Toute la jambe droite est énormément gonflée, distendue, violacée ; la partie située au-dessous du mollet présente, outre le gonflement, quelques phlyctènes ; elle est froide, complétement insensible. Tout le mollet et le creux poplité sont le siége d'une tension considérable ; les mains, appliquées sur la tumeur, n'ont pas la

sensation de la fluctuation, mais d'un corps mollasse, situé profondément sous les tissus; on ne perçoit pas sensiblement les battements artériels, mais on voit parfaitement les doigts soulevés. L'auscultation montre un bruit de souffle très faible et très éloigné.

Toutes les artères superficielles des membres ne paraissent pas dilatées. Au premier temps on entend un léger bruit de souffle au cœur. Le malade est pâle; depuis près d'un mois il a refusé toute espèce d'aliment. Le pouls est petit, la peau un peu chaude et sèche.

On pratique ce matin l'amputation de la cuisse.

Examen du membre. — Une incision longitudinale, pratiquée à la partie postérieure du membre depuis le niveau de l'amputation jusqu'au talon, permet de constater une dilatation considérable de toutes les veines superficielles. L'aponévrose jambière est distendue considérablement, hypertrophiée. En l'incisant, on voit au-dessous les muscles jumeaux distendus et ecchymosés par places. L'artère disséquée peut être suivie jusqu'au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles; il en est de même du nerf. En incisant le tendon d'Achille à trois travers de doigt au-dessus du talon, et en le disséquant de bas en haut, on voit que la tumeur est bridée et limitée par les insertions des muscles jumeaux et soléaire. Une incision longitudinale pratiquée entre les deux muscles jumeaux fait reconnaître un amincissement considérable de ces muscles, et conduit dans une cavité remplie de caillots sanguins, dont ceux qui sont placés supérieurement paraissent être les plus anciens. Cette cavité est limitée par les insertions des jumeaux, par l'aponévrose qui, unissant entre eux ces muscles, se prolonge sur la gaîne de l'artère poplitée, avec laquelle elle se confond par les jumeaux, le soléaire et la face postérieure de l'articulation du genou. En disséquant l'artère, on la suit intacte jusqu'au-dessous de l'interligne articulaire, où on la voit s'ouvrir dans la cavité précédemment décrite par une ouverture arrondie, dont le diamètre est celui de l'artère poplitée. A la partie inférieure du sac on voit une arrière-cavité permettant l'introduction du pouce, et qui n'est autre chose que le bout inférieur de l'artère poplitée dilatée. A 2 centimètres environ au-dessous, l'artère poplitée fournit la tibiale antérieure. Quand on a enlevé les caillots contenus dans la cavité, on la voit tapissée dans la moitié externe de la circonférence par une mem-

brane veloutée qui paraît être la tunique interne de l'artère rompue.

En aucun point l'artère ne présente d'altération; on n'y voit aucune espèce de dégénérescence.

Il résulte de ce fait que la lésion a commencé par la dilatation de la partie inférieure de l'artère poplitée, dont les tuniques se sont ultérieurement rompues par suite de l'accroissement et de la distension du sac.

Cette observation me paraît digne d'intérêt sous plusieurs rapports:

1° Le mode de formation du sac anévrismal diffère essentiellement de celui que l'on observe dans les cas ordinaires. Dans ces derniers, en effet, l'artère, dont les tuniques propres sont altérées, sans offrir cependant de dilatation notable, se perforent; et le sang s'épanchant sous la tunique celluleuse forme une poche ou cavité adossée au vaisseau et communiquant avec lui par une ouverture plus ou moins considérable. Dans le cas actuel on ne voit rien de semblable; l'artère semble être brusquement interrompue par le sac. Le bout supérieur conserve son calibre normal et l'intégrité de ses parois jusqu'au point où il s'abouche dans la cavité du sac. Quant au bout inférieur, il commence par une extrémité infundibuliforme assez large pour admettre l'extrémité du doigt; ouvert dans le sac par sa base, il va en se rétrécissant, jusqu'à ce qu'il soit réduit au diamètre normal de l'artère poplitée.

Ce cas est évidemment un exemple de ces anévrimes vrais dont Scarpa niait l'existence. Si j'insiste beaucoup pour en démontrer toutes les particularités, bien que aujourd'hui la doctrine du chirurgien de Pavie soit généralement regardée comme trop absolue, c'est que de nos jours quelques écrivains ont contesté la nature des faits que l'on avait opposés à cette doctrine, qu'ils ont tenté de réhabiliter.

2° L'accident qui a motivé l'amputation de la cuisse chez notre malade a été la rupture du sac et l'effusion du sang au sein des parties molles de la jambe.

Cet accident semblerait très rare, si j'en jugeais par le très petit nombre de faits analogues consignés dans les annales de la science, et cependant je l'ai observé trois fois dans l'espace de quelques années. Est-ce là l'effet pur et simple de ces hasards familiers aux chirurgiens? D'après ce que j'ai vu, et ce que la théorie permet de

pressentir, les conséquences de cet accident diffèrent suivant le siége de l'anévrisme et du point où le sac s'est rompu.

Dans un cas que j'ai fait connaître il y a près de trois ans à la Société de chirurgie, la maladie occupait la portion crurale de l'artère poplitée. Le sang s'était épanché d'abord dans le tissu cellulaire de la région postérieure de la cuisse, sans dépasser en bas le niveau de l'articulation du genou; de là il s'était élevé le long du nerf sciatique jusqu'à la hanche, la fesse, et avait même pénétré dans la cavité du bassin.

Dans le cas actuel, et dans un troisième que j'ai observé il y a deux mois, l'anévrisme occupait la portion jambière de l'artère poplitée. Le sang, au lieu de remonter vers la cuisse, s'est répandu dans l'épaisseur du mollet et jusqu'à la partie inférieure de la jambe; très exactement circonscrit dans ses limites supérieures, il n'a jamais dépassé le niveau de l'insertion des muscles jumeaux.

C'est qu'en effet il existe une aponévrose, non décrite dans nos traités d'anatomie, qui divise la région poplitée en deux portions : l'une crurale et l'autre jambière. Cette aponévrose, qui recouvre la face postérieure des muscles jumeaux, confondue d'abord avec l'aponévrose jambière, se plonge dans l'excavation poplitée au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles, et vient se continuer avec la gaîne des vaisseaux poplités. Cette lame fibreuse, très dense et très visible sur la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, doit naturellement intercepter toute communication entre la partie crurale et la partie jambière de la région; elle s'oppose ainsi à la migration du sang de l'une dans l'autre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 13 *septembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion de ce dernier, M. Guersant, revenant sur les malades présentés par M. Monod, guéris de tumeurs érectiles considérables par l'usage du séton, constate d'abord les résultats heureux obtenus par M. Monod; mais il ne peut admettre que le sé-

ton appliqué au traitement des tumeurs érectiles soit un bon mode de traitement, et il a vu des accidents mortels survenir à la suite de son usage; et pour lui, il préfère, comme étant inoffensives et donnant de bons résultats, les aiguilles de platine rougies à blanc et passées un certain nombre de fois à travers les tumeurs que l'on veut détruire. Depuis qu'il agit ainsi, il n'a éprouvé aucun accident, et il a obtenu des résultats avantageux.

A propos des pièces pathologiques présentées par M. Morel-Lavallée, M. Guersant fait observer que la présence de fausses membranes s'étendant à tout l'arbre bronchique n'est pas, pour lui, une contre-indication à la bronchotomie; il a opéré un enfant qui, depuis huit jours, rendait des fausses membranes développées dans les plus petites ramifications bronchiques et l'enfant a guéri. Pour lui, ce qui amène la gêne de la respiration et l'étouffement, ce sont surtout les fausses membranes développées sur les cordes vocales. Il a eu occasion de voir un enfant guérir d'un croup sans opération après avoir rendu des fausses membranes représentant parfaitement l'arbre bronchique jusque dans ses dernières divisions. Il ne faut donc pas rejeter la trachéotomie dans les cas analogues à celui rapporté par M. Morel; car dans ces cas le chirurgien peut encore être utile.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il avait affaire à un croup secondaire à une maladie exanthématique, et qu'il est généralement admis à l'hôpital des Enfants que la trachéotomie ne réussit pas dans ces cas. D'ailleurs, ajoute M. Morel, il n'y avait aucune fausse membrane sur les cordes vocales qui ait pu amener la mort.

Nouveaux détails donnés par M. Vidal sur l'anatomie pathologique de la tumeur testiculaire qu'il a enlevée.

M. Vidal. Permettez-moi quelques mots encore relativement à la tumeur des bourses que j'ai extirpée. Je tiens à rappeler :

1° Que, dans mes conférences à l'hôpital du Midi, j'ai considéré cette tumeur comme étant de mauvaise nature.

2° Quand je présentai le malade à la Société, je dis encore qu'il portait une tumeur *maligne*. Je ne me refusais par d'admettre dans sa composition le tissu fibreux, le tissu cartilagineux; mais, selon moi, l'élément cancéreux devait y être représenté.

3° Après l'extirpation, et la tumeur étant ouverte, on trouva qu'elle était formée surtout par une matière d'aspect tuberculeux. Il fut donc convenu que j'avais extirpé des tubercules. Mais, même en présence de cette pièce, fort de mon observation, et appuyé sur la règle qui veut qu'une tumeur solide et chronique d'un seul côté des bourses soit maligne, je persistai à la considérer comme telle.

J'en appelai au microscope et à l'observation ultérieure de l'opéré. MM. Robin, Gosselin et Galliet ont soumis cette tumeur à un examen microscopique minutieux. Je dois à l'obligeance de M. Robin une note très détaillée, dans laquelle les éléments sont décrits. Ceux du cancer s'y sont trouvés. C'étaient des noyaux, dit M. Robin, caractéristiques par leur quantité, leur grand volume, leur forme. Quant à la matière d'aspect tuberculeux, elle n'était nullement formée par des tubercules; c'était la *xanthose* de M. Lebert, élément qui se rencontre souvent dans le cancer du testicule et dans celui de l'ovaire.

Le microscope vient donc en aide ici à l'observation, et je m'en félicite. Mais je manquerais de franchise si je disais que j'aurais changé d'opinion sur la nature de cette tumeur en présence d'un résultat contraire. Je pense que l'observation clinique doit s'aider du microscope, mais qu'elle ne doit jamais fléchir devant lui.

Communication.

M. Huguier fait la communication suivante sur un mode de guérison de l'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale après la ponction et l'injection, sur un sujet mort de tétanos le sixième jour de l'opération. Nouvelle espèce de tumeur des bourses, ou hydrocèle de la tunique vaginale.

Le 25 août 1851, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Amand (Jean), âgé de cinquante ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, pour être opéré d'une hydrocèle simple du côté gauche.

Le 27, l'opération par ponction et injection vineuse fut pratiquée; il y avait un litre et demi environ de sérosité citrine transparente dans la cavité de la tunique vaginale.

Le testicule était sain; ses dimensions, sa consistance, sa sensibilité étaient naturelles. L'injection fut peu douloureuse. Comme une première seringue ne semblait pas avoir rempli suffisamment

la cavité de la tunique vaginale, on essaya d'en pousser une seconde; une très petite quantité de vin parvint, cette fois, dans la tunique, la presque totalité étant remontée au-dessus du piston, qui jouait trop facilement dans le corps de pompe.

D'après la quantité d'injections sortie de la tunique vaginale, nous craignîmes qu'une portion du liquide n'eût passé dans le tissu cellulaire; nous pratiquâmes de suite deux mouchetures aux enveloppes du testicule, et nous pûmes nous convaincre qu'aucune partie de l'injection n'avait été poussée entre les enveloppes testiculaires; la seringue fut alors démontée, et on retrouva le vin passé au-dessus du piston. (Cataplasme sur les bourses.) L'inflammation et le gonflement consécutifs furent très modérés, il n'y eut pas même de fièvre. — Limonade; diète.

Le lendemain 28, pas de douleurs; c'est à peine si le volume de la tumeur était égal à celui qu'elle offrait avant l'opération. Pas de fièvre. — Deux potages.

Le 29 et le 30, même état. — Même prescription.

Le 31, dimanche matin, la tumeur commence déjà à diminuer. Le malade se sent très bien, et demande une portion d'aliments, qui lui est accordée. La piqûre de la ponction et les deux mouchetures sont cicatrisées. Dans la journée, il éprouve une forte émotion à la vue de plusieurs personnes de sa famille; le soir il se plaint à un malade de la salle d'un malaise qu'il attribue à l'agitation qu'il a éprouvée par le contentement d'avoir vu lesdites personnes. Nuit agitée; tête lourde.

Le 1er septembre, à la visite, il demanda deux portions d'aliments et de vin, auxquelles il n'a pas touché; après la visite, il se plaint d'un violent mal de tête et d'une pesanteur extraordinaire du cerveau; le visage était d'un rouge pourpre; sur l'observation qu'on lui fit, pourquoi il n'avait pas fait observer son mal à M. Huguier, il répondit qu'alors son indisposition était supportable; sinapismes aux jambes. Quelque temps après, il se plaint d'une douleur vive depuis le sommet de la tête et tout le long de la colonne vertébrale; il dit qu'il éprouve de la gêne et comme une paralysie dans les mâchoires, qui se fermaient insensiblement et malgré lui; que la gorge lui fait un mal affreux; qu'il a les mains et les jambes froides; les extrémités, en effet, étaient tout à fait froides.

L'interne de garde est appelé; l'opium est administré. Dans le

courant de la journée, les mêmes douleurs et pesanteur de cerveau augmentèrent graduellement; le malade se coucha sur le dos sans pouvoir prendre une autre position; sa tête se renversa en arrière; il lui fut impossible de la redresser; le tronc commença également à se renverser en arrière; la respiration était un peu gênée; une sueur abondante couvrait son corps; on voulut le changer de linge, ce qu'il fut impossible de faire, car aussitôt qu'on le touchait il jetait des cris arrachés par la douleur que lui causaient les moindres attouchements qu'on lui faisait en soutenant sa tête, qui, disait-il, était lourde comme du plomb. On se contenta alors de lui passer une alèze entre la chemise et la peau.

Le tronc se renversa de plus en plus en arrière; la respiration devint difficile; il fit voir que ses mâchoires étaient tout à fait fermées et qu'il lui était impossible de les ouvrir.

M. Moynier, interne du service, le visita alors, lui ordonna de nouveau de l'opium et un lavement purgatif; il fut impossible de lui faire prendre les pilules d'opium vu le resserrement des mâchoires qu'il cherchait lui-même à vaincre; le lavement fut rendu la nuit.

De minuit à une heure du matin, assoupissement, progrès de l'asphyxie; de une heure à trois heures et demie du matin, moment de la mort; il éprouva plusieurs secousses cloniques, se levant brusquement sur son séant à l'aide de la corde du lit, râlant et écumant, le tronc et la tête restant renversés en arrière.

AUTOPSIE LE 3 SEPTEMBRE.

Tête. — Les méninges sont légèrement injectées; le liquide encéphalo-rachidien n'offre rien de particulier; le cerveau et la moelle offrent une consistance normale; les ventricules du cerveau renferment une petite quantité de sérosité légèrement rosée; congestion violente de toute la masse encéphalique, particulièrement de la substance grise; la blanche est un peu rosée et fortement piquetée de rouge; ce qu'il y avait de remarquable, c'était la violente congestion d'un rouge violacé de toute la substance de la protubérance annulaire, de telle sorte que les épanouissements nerveux qui la traversent étaient tout aussi visibles que si on les eût dessinés pour une démonstration anatomique. La moelle épinière,

dans toute sa longueur et son épaisseur, plutôt qu'à sa surface, était le siége de la même teinte d'un rouge violet.

Organes génitaux. — *Scrotum.* — A la partie inférieure, au niveau des piqûres qui sont cicatrisées, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, une bien petite couche d'un liquide pultacé d'un blanc grisâtre détaché de la lymphe plastique ou de la sérosité mêlée à un peu de pus. Les autres tuniques testiculaires sont seulement un peu injectées et légèrement épaissies. Le cordon testiculaire, pas plus que les tissus environnants, n'offre la plus petite trace d'inflammation. Tunique vaginale légèrement épaissie, un peu injectée, ayant perdu sa transparence.

Voulant étudier avec soin l'état des parties qui étaient au-dessous et le mode de guérison de l'hydrocèle après l'injection, j'incisai avec attention longitudinalement et couche par couche la tunique vaginale jusqu'à ce que je fusse arrivé à la face interne. Voilà ce que j'ai trouvé :

Cette tunique, aussi bien sur la partie pariétale que sur la portion vésicale, était tapissée d'une pseudo-membrane demi-transparente, d'un blanc grisâtre, d'une consistance assez ferme ; la partie de cette fausse membrane qui tapissait le feuillet pariétal avait un millimètre d'épaisseur pour le moins; celle qui couvrait le feuillet testiculaire était moins épaisse; elle avait tout au plus un demi-millimètre ; elle était plus adhérente au périoste que celle qui couvrait le feuillet pariétal de la vaginale; l'adhérence entre ces deux dernières parties avait lieu à l'aide de tractus ou de petits filets qui se déchiraient facilement; il n'existait aucun liquide entre les deux surfaces.

Cette nouvelle tunique, qui par sa disposition rappelait en tout celle de la tunique vaginale proprement dite, puisqu'elle était composée de deux feuillets, l'un pariétal et l'autre viscéral, était composée de couches ou de cellules concentriques bien unies les unes aux autres; on n'y distinguait pas à l'œil nu de fibriles; elle ne renfermait aucun vaisseau ; sa face interne, au lieu d'être libre, lisse et polie comme celle d'une séreuse, donnait naissance à une foule de lamelles très délicates, incolores, transparentes, se croisant en mille directions différentes, de manière à intercepter entre elles des cellules ou cavités irrégulières. Toutes ces cavités étaient

remplies d'une sérosité jaune très claire, semblable à de l'ambre ; elles formaient tout autour du testicule, excepté vers le corps d'Hygmor, une masse ovoïde, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur; cette masse se prolongeait en pointe arrondie entre l'extrémité supérieure du testicule et le cul-de-sac que la tunique vaginale envoie dans la base du cordon.

Pour se donner une idée exacte de la disposition organique de cette production anatomo-pathologique, il faut la comparer à celle du corps vitré ; elle s'est moulée sur la cavité de la tunique vaginale et sur le testicule, comme le corps hyaloïdien s'est moulé sur la cavité intérieure de l'œil et sur le cristallin ; comme lui, elle est formée d'une enveloppe extérieure, et comme lui elle renferme à l'intérieur des cellulosités très minces, transparentes, à peine visibles à l'œil nu, contenant de la sérosité, qui ici était jaune au lieu d'être incolore.

Si notre malade eût vécu plus longtemps, la sérosité contenue dans la cellule pseudo-membraneuse se fût peu à peu résorbée; l'intervalle continu entre le feuillet testiculaire et le feuillet pariétal se fût graduellement rétréci, et les deux feuillets seraient venus se mettre en contact, adhérant intimement l'un à l'autre par surface ou bien simplement par des filets celluleux, et la guérison eût été obtenue.

La counaissance de cette substance et de sa disposition explique parfaitement comment il se fait qu'après la guérison de l'hydrocèle et même longtemps après cette guérison, le testicule, quoique sain, paraît plus volumineux et souvent plus dur que celui du côté opposé. Si la sérosité, au lieu d'être résorbée, continue à être sécrétée par les cellules pseudo-membraneuses, il se formera dans le scrotum une tumeur qui, à part le manque de fluctuation, offrira tous les caractères d'une hydrocèle ordinaire.

Aussi ces masses pseudo-membraneuses et celluleuses infiltrées de sérosité ont-elles été prises pour une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale jusqu'à ce que l'opération par la ponction suivie d'incision ait démontré l'erreur du diagnostic.

Une simple inflammation de la tunique vaginale, sans opération préalable, pourrait sans aucun doute produire cette exsudation plastique cellulo-séreuse. Nous pouvons ainsi expliquer le développement de ces masses cellulo-vasculaire et séreuse plus ou moins vo-

lumineuses qui enveloppent le testicule et qui ont été également prises pour une simple hydrocèle vaginale ; il peut même arriver que les deux affections existent ensemble ; c'est ce que nous avons rencontré, il y a trois mois environ, sur un des malades de notre service ; il suffit que cette double affection ait lieu pour qu'une partie du feuillet pariétal de la pseudo-membrane n'ait pas contracté d'adhérence avec la portion correspondante de la tunique vaginale, qui dans ce point continue à sécréter de la sérosité.

Chez le malade que nous venons de citer, et qui n'a subi aucune opération, la maladie était très ancienne ; elle avait succédé à un violent effort pour ramasser à terre un corps très pesant. Il y avait même chez cet individu, qui était âgé de quarante-huit ans, trois espèces de tumeurs séreuses :

1° Une hydrocèle enkystée de la base du cordon ;

2° Une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale ;

3° Autour du testicule, dans la cavité de la tunique vaginale même, une masse cellulo-séreuse infiltrée d'une sérosité jaunâtre et offrant tous les caractères de celle qui nous occupe ; seulement l'enveloppe de cette masse était moins épaisse et presque transparente, ce qui tient probablement à l'ancienneté de la maladie ; elle adhérait çà et là à la face interne du feuillet pariétal de la tunique vaginale par des filaments et quelques membranes légères ; son union était presque intime avec le testicule.

J'enlevai avec des ciseaux courbes une partie de cette masse, que je montrai le même jour à la Société de chirurgie dans la séance du 4 juin ; elle fut remise à M. Lebert pour en faire l'analyse microscopique. Ce savant micrographe reconnut que ce produit anatomo-pathologique était composé de sérosité, d'une petite quantité de vaisseaux et de tissus cellulaires anormaux, n'ayant aucune analogie de structure avec le tissu cellulaire ordinaire ou tout autre tissu de l'économie ; c'était une substance de nouvelle formation.

Ces deux faits, que nous venons de rencontrer dans un intervalle de temps assez court, viennent, en se donnant mutuellement appui, nous montrer qu'à part les quatre espèces de tumeurs séreuses ou d'hydrocèles des bourses généralement connues et admises sous les noms d'hydrocèles par épanchement de la tunique vaginale, par infiltration des bourses, par infiltration du cordon et enkystée du cordon, il en existe une cinquième espèce qui se ma-

nifeste dans un tissu de nouvelle formation, et que nous proposons de désigner sous le nom d'*hydrocèle spongieuse de la tunique vaginale*, pour ne pas la confondre avec l'hydrocèle par infiltration, soit du cordon, soit du tissu cellulaire des bourses. Cette cinquième espèce a déjà été rencontrée par plusieurs chirurgiens, mais aucun d'eux n'en a connu ni la cause, ni le mécanisme, ni la nature, ni les symptômes; elle n'avait été jusqu'à ce jour pour eux, comme pour nous, qu'une cause d'erreur de diagnostic. Peut-être qu'en tenant compte des antécédents, du manque de fluctuation et de tension de la tumeur, de sa mollesse, comme spongieuse et lipomateuse, parviendra-t-on un jour à la reconnaître sans une ponction préalable.

Le séton ou l'incision sont les deux méthodes de traitement qui nous paraissent mériter dans ce cas la préférence sur les autres moyens chirurgicaux; peut-être même accorderions-nous la préférence au séton qui n'expose pas à la lésion du testicule, à des fistules par renversement de la peau, ni à une inflammation aussi considérable.

Si, revenant maintenant aux accidents tétaniques graves qui ont enlevé notre malade, où rien ne pouvait faire soupçonner une aussi affreuse complication, nous nous demandons quelle a été la cause de cet accident, nous nous trouvons réduits à de simples suppositions. Il n'est pas probable que le tétanos ait été déterminé par les trois petites piqûres du scrotum qui étaient cicatrisées et nullement douloureuses. Lorsque la maladie s'est manifestée, les bourses n'étaient non plus le siége d'aucune douleur remarquable. A-t-il été produit par un courant d'air froid, par un refroidissement dans la nuit, qui nous aurait été caché dans la crainte d'une réprimande? ou bien a-t-il été la conséquence de la vive émotion que le malade avait éprouvée l'avant-veille? Je le crains d'autant plus, que le malaise, l'agitation, les douleurs de tête ont commencé le même jour, peu de temps après l'émotion. Il n'est cependant pas probable que cette violente secousse de l'âme, qui avait été pour lui très agréable, eût suffi à elle seule pour déterminer l'affection tétanique, si le système nerveux de ce malade n'eût été ébranlé par l'opération et le changement de toutes ses habitudes.

Discussion.

M. Robert. Je ne puis admettre que les accidents qui ont amené la mort du malade de M. Huguier puissent être rapportés au tétanos traumatique. D'abord ils se sont déclarés quand le malade était à peu près guéri, et les détails cadavériques fournis par l'autopsie prouvent en effet que ce malheureux a succombé aux suites d'une congestion de la moelle épinière et de l'encéphale. On sait déjà depuis longtemps que des accidents de ce genre peuvent se montrer avec une inflammation des méninges rachidiennes et de la moelle. M. Monod et moi avons rapporté des accidents tétaniques coïncidant avec ces inflammations. Tout récemment les chirurgiens militaires ont décrit avec soin une méningite rachidienne épidémique et qui simulait par ses symptômes la névrose connue sous le nom de tétanos.

M. Huguier. Pour moi le malade a succombé au tétanos. Les émotions morales vives que cet homme a éprouvées, l'ébranlement causé par l'opération, les phénomènes éprouvés pendant la vie, tout me porte à croire que mon malade est mort de tétanos. Peut-être pourrait-on rapporter au tétanos lui-même les altérations trouvées après la mort. En un mot, les congestions pourraient être considérées comme l'effet de la maladie plutôt que la cause.

M. Larrey. Si personne ne demande plus la parole sur cette question, je me permettrai d'y ajouter deux mots. On ne saurait méconnaître l'existence du tétanos traumatique dans le cas dont vient de parler M. Huguier. Les symptômes décrits par notre honorable collègue sont évidemment ceux d'un opisthotonos complet dont la cause première a été, selon moi, la maladie locale ou plutôt l'opération qu'elle a nécessitée, quoique la guérison fût déjà accomplie.

Nous savons tous qu'une blessure en voie de cicatrisation peut être suivie de tétanos, eu égard à des conditions spéciales, comme le siége, la nature de la lésion, certaines plaies, entre autres, par piqûre, par déchirure, soit des extrémités des membres, soit des parties génitales. Nous avons encore observé le même résultat sous l'influence de causes extérieures, telles que la chaleur extrême ou les variations brusques de la température. Il peut se faire enfin que des affections secondaires à l'affection principale ou sympto-

matique de la blessure favorisent à leur tour le développement du tétanos. C'est ainsi que des symptômes d'inflammation du cerveau, de la moelle ou des méninges, surgissent quelquefois comme complication des lésions accidentelles, déterminent des phénomènes tétaniques, entraînent une mort rapide, et se révèlent à l'autopsie par les caractères anatomiques d'une phlogose circonscrite ou diffuse de l'encéphale.

Voilà comment, si je ne me trompe, l'on peut apprécier l'origine et les causes du tétanos dans des conditions semblables, sans que l'on ait besoin de supposer, avec M. Robert, l'essentialité d'une méningite cérébro-spinale, ni le développement d'un tétanos spontané. Voilà enfin pourquoi je considère le fait dont M. Huguier vient de vous entretenir, comme démontrant la réalité d'un tétanos traumatique. Je proposerais seulement de l'appeler consécutif pour le différencier de celui qui serait primitif.

Correspondance.

M. Lucas Championnière adresse le numéro de septembre de son *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.*

M. Boys de Loury, secrétaire général de la Société de médecine, demande le deuxième volume de nos mémoires, et le premier de nos bulletins.

M. Larrey annonce à la Société que M. le professeur Roux a fait hommage à l'Institut du second volume de nos mémoires et du premier de nos bulletins. Cet honorable professeur a accompagné cet hommage d'une analyse rapide des principaux mémoires contenus dans ce volume.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à la Société un Mémoire sur les calculs urétraux et prostatiques. (Une commission composée de MM. Giraldès, Gosselin et Demarquay, est chargée de faire un rapport.)

Rapport.

M. Demarquay fait un rapport verbal sur deux mémoires présentés à la Société de chirurgie par M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux :

M. Soulé jeune, chirurgien distingué de Bordeaux, vous a adressé, il y a quelques mois, deux mémoires sur lesquels vous m'avez chargé de faire un rapport.

Le premier de ces mémoires parut eu 1847, et il a pour titre : *Quelques réflexions sur les principales indications de la bronchotomie.* Sous ce titre modeste, M. Soulé a publié une dissertation très bien faite sur les indications de la bronchotomie. Il étudie avec un soin extrême, et il expose avec beaucoup de clarté les motifs qui devraient porter les médecins à recourir à la bronchotomie ; fidèle à ses principes, il a pratiqué trois fois cette opération dans le cas de danger extrême, et une fois il eut le bonheur de sauver son malade.

Il y a un certain ordre d'indications de la bronchotomie sur lesquelles les médecins sont généralement d'accord : telles sont celles qui résultent de la présence de corps étrangers s'opposant au passage direct ou indirect de l'air pour les besoins de la respiration. Le travail de Louis sur ce sujet et le fait rapporté par Habicot ont généralement porté la conviction dans les esprits ; et le dernier mémoire de M. Jobert publié sur ce sujet est de nature à ne laisser aucun doute sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas où un corps étranger est arrêté dans les voies aériennes. En effet, cet habile chirurgien a démontré, par des expériences directes, qu'un corps étranger ayant 4 lignes d'étendue en tous sens ne peut, à cause de la disposition particulière de la glotte, être rejeté au dehors par les efforts de la nature ; il a démontré, de plus, dans ce travail, les dangers et les altérations dont ces corps étrangers peuvent devenir la cause par les diverses positions qu'ils sont susceptibles de prendre et par leur contact avec la muqueuse bronchique. Ces désordres, il faut le dire, avaient vivement fixé l'attention des membres de l'Académie de chirurgie, et depuis, celle de beaucoup de chirurgiens distingués.

Sous ce rapport, il n'y a pas de doute dans les esprits. Lorsque les soins médicaux ont été insuffisants, l'opération est généralement acceptée. La statistique est également favorable à cette opération ; car, sur 59 opérations faites dans ce but, il y eut 42 succès et 17 revers ; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la bronchotomie appliquée aux affections médicales proprement dites, comme l'œdème de la glotte, le croup, etc. Il existe encore, ou du moins il existait encore à l'époque où M. Soulé a publié son travail, une certaine résistance de la part de quelques médecins de Bordeaux à cette opération ; notre confrère a eu à se défendre

d'avoir eu recours à la trachéotomie dans les circonstances que nous avons mentionnées plus haut. Il manquait au travail de notre confrère l'autorité des chiffres : une statistique bien faite, jointe aux puissantes raisons qu'il invoque, eût sans doute convaincu tous les opposants; mais les travaux importants de MM. Trousseau et Sestier sur ce sujet n'étaient pas encore publiés.

Or, il résulte du travail de M. Sestier sur l'œdème de la glotte, ou l'angine laryngée œdémateuse, que, sur 107 cas d'autopsie, l'œdème est toujours resté limité au larynx, excepté six fois où il s'étendit à la trachée-artère, et une fois aux bronches; et une circonstance qu'il importe de noter, c'est que le liquide, dans le cas d'œdème de la glotte, est promptement résorbé. Cette tendance de la maladie à rester limitée au larynx, la promptitude avec laquelle elle disparaît sont, suivant moi, deux raisons qui militent en faveur de la bronchotomie; mais, outre ces raisons, il en est une plus puissante encore, et qui ressort des recherches de M. Sestier sur la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse : c'est que, sur 36 opérations faites pour remédier à la suffocation amenée par la maladie, il y a eu 13 succès et 23 morts; encore, dans ce cas, huit fois l'opération a été faite contre toutes les règles de l'art.

Il faut encore noter que très souvent l'œdème de la glotte survient à la fin de longues maladies, quand le malade est épuisé, ou encore comme complication d'affection chronique du larynx ou de l'arrière-gorge. Tel est le résultat brut de ces recherches; mais si on continue la lecture du savant mémoire de M. Sestier, on se convainc que l'opération qui nous occupe est d'autant moins grave qu'elle est faite sur des individus dont la constitution n'est point altérée par des maladies antécédentes plus ou moins longues et plus ou moins graves.

« En résumé, dit M. Sestier, la bronchotomie a réussi dans les » 3/4 environ des cas, lorsque l'angine infiltro-laryngée était liée » à une inflammation aiguë de l'arrière-gorge; l'opération a réussi » dans les 5/8e des cas, lorsque cette inflammation gutturale s'est » développée chez des sujets auparavant bien portants; et même » elle a réussi dans les 4/5e des cas, lorsque cette inflammation » gutturale apparue chez des individus bien portants était légère. » Bien au contraire, la bronchotomie n'a plus réussi que dans le

» $1/14^e$ des cas, lorsque l'infiltration aryténo-épiglottique a été » symptomatique de laryngite chronique, et même elle a échoué » toutes les fois que cette infiltration a été consécutive à la laryngite nécrosique ou sous-glottique. »

A l'époque où M. Soulé a publié son travail, il aurait pu invoquer quelques recherches statistiques à l'appui de sa thèse sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas de croup. En effet, malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouve souvent le chirurgien quand il est appelé à pratiquer cette opération, il résulte néanmoins, des recherches de MM. Velpeau et Jousset, que, sur 140 opérés suivant M. Velpeau, il y a eu 28 guérisons et 112 morts, et, suivant M. Jousset, 219 opérations ont donné 40 succès, c'est-à-dire qu'en combinant ces deux tableaux on arrive à $1/5^e$ de guérison. Si nous prenons le dernier relevé statistique donné par M. Trousseau, nous voyons que, sur 169 trachéotomies, dont 11 pour maladie chronique du larynx et 158 pour croup, il a obtenu 43 guérisons, plus du quart; et si on ne tient compte que des opérations faites depuis le mois de janvier et avec certaines modifications opératoires, les résultats sont bien plus satisfaisants, car, sur 19 trachéotomies, il y avait 8 guérisons et un malade en traitement. La pratique de M. Guersant n'est pas moins heureuse. Pour toutes ces raisons, M. Soulé avait donc raison de défendre, à Bordeaux, la bronchotomie comme moyen d'obtenir la guérison des maladies médicales que nous avons signalées plus haut.

Le second travail de M. Soulé a pour titre : *Choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.*

Ce travail est intéressant par les faits qu'il contient, par la manière dont ils ont été recueillis et par les réflexions théoriques ou pratiques qui les accompagnent; il porte en effet sur beaucoup de points de chirurgie, et, par cela même, il échappe à l'analyse. Parmi ces observations, il en est une qui mérite de fixer votre attention; elle a pour titre : *Anévrisme de l'artère scapulaire inférieure; ouverture de la tumeur. Mort.* — Voici le résumé du fait. Un homme de cinquante-cinq ans se présente avec une tumeur axillaire qui date de quinze jours; une ponction est faite, et il s'écoule une certaine quantité de sang. Avant cette ponction, aucun signe ne pouvait faire admettre la présence d'un anévrisme. Des hémorrhagies se reproduisent, et le malade succombe. A l'au-

topsie, en isolant la scapulaire inférieure, on découvre une poche anévrismale dont il n'existe plus que la moitié postérieure, ayant la grosseur d'une noix environ, siégeant dans le point où cette artère contourne le bord axillaire de l'omoplate pour se rendre dans la fosse sous-scapulaire. Cette tumeur, doublement intéressante par le siége qu'elle occupait et par l'erreur à laquelle elle a donné lieu, doit être rapprochée de celles qui sont contenues dans le mémoire de Ribes.

J'ai cru devoir insister sur les travaux de M. Soulé; ils m'ont paru assez intéressants pour fixer votre attention. J'espère que vous voudrez bien en tenir compte, le jour où M. Soulé vous adressera un travail manuscrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— M. MARJOLIN commence la lecture d'un rapport étendu sur les travaux de M. Borelli.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 17 *septembre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Fractures de la clavicule.

M. ROBERT présente à la Société un malade traité par lui à l'hôpital Beaujon d'une fracture de clavicule par la position seulement. Le résultat obtenu est très avantageux..

Névrome plantaire.

Rapport de M. Marjolin sur le travail de M. le docteur Borelli.

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte de plusieurs travaux de M. le docteur Borelli, de Turin. Aujourd'hui je viens, au nom de la commission que vous avez nommée, vous entretenir d'un fait inédit fort curieux qu'il a adressé à la Société. Il s'agit d'une tumeur du genre des névromes développée sous le pied, sur le trajet d'un des nerfs plantaires, et ayant donné lieu à tous les symptômes les plus prononcés de cette affection nerveuse, généralement connue sous le nom de danse de Saint-Guy.

Autant que je puis le croire, d'après les recbercbes que j'ai faites, c'est la première fois que la danse de Saint-Guy est le résultat d'une pareille cause.

Voici l'observation de M. Borelli :

Chorea Sancti Viti. Guérison par le moyen de l'ablation d'une double tumeur (névrome) sous la plante du pied droit.

Je visitais dans le mois d'août 1844, aux environs de Turin, un jeune bomme de treize ans, d'un tempérament nerveux sanguin, de constitution robuste, fils de parents également sains et robustes, qui se trouvait depuis cinq ou six mois en proie à une véritable *chorea Sancti Viti.* Tous les remèdes employés jusqu'alors n'avaient pu le calmer; au contraire, le mal ne faisait qu'empirer de jour en jour. Dans l'examen attentif que je fis de la maladie, il me fut impossible de découvrir en aucune manière quelque raison étiologique, ni dans les cavités viscérales, ni dans les centres nerveux, ni dans aucun des principaux systèmes organiques; je m'occupai alors à interroger toute la superficie du corps du malade, afin de m'assurer si, par basard, il n'y aurait pas quelque raison matérielle qui pût expliquer l'origine et la persistance d'une pareille maladie. Je découvris alors que la plante du pied droit présentait une conformation toute différente de celle du pied gauche; qu'elle était beaucoup plus concave et plus profonde, et qu'environ au milieu de son tiers inférieur il existait une petite tumeur de la grosseur d'une amande. J'interrogeai alors les parents et le malade lui-même sur la présence de cette tumeur; j'appris qu'elle existait depuis les premières années de l'enfant; mais sous une forme plus petite, et que ce n'était que depuis quelques mois, c'est-à-dire environ à l'époque de l'apparition des premiers symptômes de la maladie, qu'elle avait augmenté visiblement, sans pourtant que l'enfant se soit jamais plaint d'en ressentir la moindre douleur ni la moindre incommodité au pied, soit en marchant, soit en faisant quelque autre mouvement, ce qui les avait induits à croire que la maladie ne procédait nullement de cette tumeur.

Je ferai observer cependant que la plante du pied étant beaucoup courbée, comme je l'ai dit plus baut, la tumcur se trouvait ainsi garantie de la pression qui aurait pu lui être occasionnée par la marche, et je ferai remarquer en même temps que probable-

ment cette tumeur avait dû, quelque temps auparavant, causer à l'enfant une incommodité quelconque, et que, par cette raison, il s'était vu forcé de s'appuyer de préférence sur la pointe du pied en marchant, et quelquefois même sur le talon, de sorte qu'il en résulta la forme arquée de la plante du pied, et cela instinctivement, sans qu'il ait pu en conserver ensuite aucune réminiscence.

Cependant, en voyant la gravité du mal qui affligeait cet enfant, je le fis amener à l'hôpital majeur de Saint-Maurice de Turin, auquel je suis attaché en qualité de chirurgien en chef. L'état du malade était vraiment déplorable, et son existence même menacée; car si dans le commencement de la maladie il n'éprouvait de sursauts nerveux que par intervalles, ils devinrent alors continuels; il ne pouvait plus se poser sur ses jambes sans que celles-ci ne fissent des mouvements comme pour marcher; ses bras remuaient sans cesse par un continuel mouvement de va-et-vient, en décrivant une espèce de demi-cercle autour de lui-même; et quand il se dirigeait du côté d'un objet pour tenter de le saisir, au lieu de s'en approcher directement, il était également forcé de faire un large mouvement semi-circulaire, puis sa main restait encore suspendue et tremblante sur l'objet avant de pouvoir s'en emparer. Le même phénomène se répétait lorsque le malade tentait d'approcher de sa bouche sa nourriture ou sa boisson, ce qui causait toujours une scène de dérision douloureuse pour le malade et pour les assistants eux-mêmes.

Les nuits étaient sans sommeil, et le malade ne pouvait se reposer de ses mouvements anormaux, qui finissaient par céder plutôt à une fatigue générale qu'à la volonté, devenue incapable de les dompter. Tout son corps se trouvait dans un état de tremblement général. On ne distinguait cependant aucune prédominance, ni de flexion, ni d'extension dans les mouvements musculaires. Les yeux tournaient toujours dans leurs orbites, et ne pouvaient se fixer directement sur quelque objet. La physionomie se trouvait tellement défigurée par les spasmes répétés de ses muscles, qu'elle n'était plus reconnaissable, même aux yeux des personnes qui l'avaient vu quelques semaines auparavant. Malgré cela, le reste des fonctions organiques s'opérait assez bien, et l'état de nutrition de son corps n'était pas encore trop altéré.

La tumeur se trouvait précisément sur la direction du nerf plantaire interne; elle semblait unique, immobile, isolée, peu profonde, présentant la forme et le volume d'une amande pas trop aplatie; la peau qui la couvre est tout à fait saine; aucun mouvement des doigts n'en est gênée; la compression ne lui cause aucune douleur, et la progression n'en est nullement incommodée. Toutefois, comme je l'ai déja dit, la cavité de la plante du pied est si arquée que la tumeur se trouve à l'abri de tout contact lorsqu'il marche.

Je commençai alors à préparer le malade pendant l'espace de quelques semaines par le repos, la diète et quelques remèdes rafraîchissants; ensuite je pratiquai l'ablation de la tumeur. L'opération consista en une incision longitudinale sur le milieu de la tumeur et l'écartement des deux lambeaux; l'extraction se fit alors très facilement; seulement, en examinant le fond de la plaie, je découvris une autre petite tumeur du volume d'un pois, qui m'a semblé développée sur le trajet d'une anastomose du nerf plantaire.

Ces deux tumeurs étaient évidemment de la même nature, présentant un aspect fibreux et une consistance dure; en un mot, elles semblaient n'être autre chose qu'une hypertrophie avec endurcissement de la texture nerveuse elle même.

La plaie fut réunie par première intention, mais sans aucune suture, pour ne pas empêcher tout à fait la suppuration de se développer, ce qui arriva, en effet, les jours suivants à la suite d'une légère inflammation.

Cependant, chose vraiment remarquable, le jour même de l'opération, les mouvements spasmodiques semblèrent perdre de leur intensité; mais ce changement pouvait aussi provenir de l'abattement qui suit ordinairement une opération chirurgicale tant soit peu grave. Le deuxième jour, ils furent évidemment moindres; le troisième, la diminution devint infiuiment plus sensible, et le quatrième ils avaient disparu pour toujours.

La fièvre traumatique fut assez discrète, et dans un laps de temps d'environ vingt-cinq jours j'ai obtenu une cicatrice solide, et, par elle, la guérison a été complète et durable, comme j'ai pu m'en assurer par moi-même depuis peu de temps.

Suivant M. Borelli, les deux tumeurs observées chez son malade étaient de même nature; elles avaient un aspect fibreux, une con-

sistance dure; elles semblaient n'être autre qu'une hypertrophie avec endurcissement de la substance nerveuse.

Il ne s'agit donc point ici simplement d'une de ces tumeurs décrites sous le nom de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, mais bien d'un véritable névrome, c'est-à-dire d'une tumeur formée par l'hypertrophie ou la dégénérescence de la substance nerveuse elle-même. J'insisterai d'autant plus sur ce point que, bien que de nos jours l'histoire des affections nerveuses ait fait de grands progrès par suite des recherches d'anatomie pathologique, il reste encore beaucoup à faire pour éclairer ce point. Ainsi, il paraît, d'après les données qui existent aujourd'hui, bien difficile de dire, avant d'avoir la pièce pathologique sous les yeux, si on a affaire, dans quelques cas de névralgie, à une tumeur fibro-celluleuse enkystée située sur le trajet d'un nerf, ou à un véritable névrome. Ce fait est cependant de la plus haute importance pour l'opération comme pour le pronostic: car, dans un cas, on devra seulement disséquer la tumeur et l'enlever avec une plus ou moins grande quantité de tissu cellulaire environnant; dans l'autre, au contraire, il faudra réséquer toute la portion de nerf atteinte par la maladie.

Une autre considération de la plus haute importance, c'est de préciser si ces deux affections, qui ont une si grande ressemblance sous le rapport des signes, sont constituées par une même sorte de dégénérescence. En parcourant les auteurs qui ont traité ce sujet, j'ai été frappé surtout de ce fait: c'est que, dans la majorité des cas, toutes les deux étaient très graves par leur nature; qu'elles étaient susceptibles de dégénérer en squirrhe, et qu'assez souvent elles récidivaient.

Ne voulant pas, dans cette appréciation, sortir des limites de l'étendue d'un rapport, je me bornerai à dire que, si de notre temps les recherches micrographiques ont pu éclairer quelques points de la pathologie, l'affection dont il s'agit est une de celles qui doivent fixer l'attention des observateurs; il est très important d'établir d'une manière nette et précise si les névromes et les tumeurs dites fibro-celluleuses sont des affections susceptibles de dégénérescence cancéreuse, et si, par cela même, il faut les ranger dans une seule et même classe.

Il est d'autant plus important de bien spécifier quelle est la nature des névromes que, dans un cas cité par Descot, le névrome

avait disparu graduellement et, avec lui, tous les accidents auxquels il donnait lieu.

Ce n'est pas qu'on ne trouve point dans les tumeurs qui se développent dans les nerfs toutes les différences de structure qui s'observent dans d'autres parties de notre économie ; mais comme la plupart des auteurs ont insisté sur la fréquence des dégénérescences fâcheuses, j'ai cru devoir fixer votre attention sur ce point.

Bien que le travail manuscrit de M. Borelli se compose seulement d'une observation, il a cela d'intéressant qu'il peut éveiller l'attention des praticiens sur quelques genres de névroses dont la cause est souvent fort obscure. En effet, pour se convaincre de la difficulté du diagnostic dans certaines névroses, il suffit de parcourir les auteurs qui ont traité de ce sujet. Ce fait est encore doublement intéressant, en ce qu'il se rencontre chez un enfant (chez les enfants les névromes sont généralement très rares), et qu'il a donné lieu à une affection nerveuse générale plutôt qu'à une affection nerveuse locale.

On ne doit pas s'étonner du trouble général de l'innervation qui a accompagné le développement de cette tumeur, lorsqu'on songe à tout ce que devait souffrir cet enfant en marchant ; chaque pas devait réveiller la douleur, et on se représente facilement toutes les contorsions que la marche devait susciter. Il se trouvait dans une position analogue à celle d'une personne qui aurait un corps étranger dans le pied et, ne pouvant poser le pied à plat, marcherait tantôt sur l'extrémité des orteils, tantôt sur le talon ; par une sorte de mouvement instinctif, les orteils se fléchissant, le pied finirait par se courber pour former une sorte de voûte protectrice.

Telle était l'observation dont j'avais à vous rendre compte ; cette observation était accompagnée de plusieurs mémoires imprimés dont vous avez entendu l'analyse dans la dernière séance. Votre commission, ayant pris connaissance de ces divers travaux, a l'honneur de vous proposer :

1° L'insertion de l'observation dans les comptes-rendus des séances ;

2° D'admettre M. le docteur Borelli, de Turin, au nombre des membres correspondants.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Correspondance.

M. Gensoul remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire en lui conférant le titre de membre correspondant.

Taille bilatérale faite avec succès. — Réflexions sur la taille.

M. Chassaignac lit l'observation suivante :

Aubé (Jean-Baptiste), soixante et un ans, tisserand, entre le 27 juin 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme est atteint d'un calcul de la vessie, facile à reconnaître par le cathétérisme et qui s'accompagne depuis sept ans à peu près de la plupart des phénomènes auxquels donne lieu la présence d'un calcul vésical. Les douleurs sont devenues tellement vives que le moindre ébranlement communiqué au lit du malade lui arrache des cris.

Le 14 juillet, le malade est soumis au chloroforme et subit l'opération de la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren.

L'opération ne présente à noter que deux circonstances :

1° L'ouverture de l'artère latérale gauche du bulbe, qui donna un jet de sang presque aussi volumineux que celui qu'on aurait pu attendre de la honteuse interne. Cette artère, liée au moyen du ténaculum, n'a donné lieu à aucune hémorrhagie ultérieure.

2° La fragmentation du calcul sous les tenettes. Cette fragmentation a nécessité trois ou quatre réintroductions de l'instrument. Elle a exigé un soin particulier pour s'assurer qu'aucun fragment n'était resté dans la vessie et des douches vésicales énergiques pour expulser tous les résidus du calcul. Le fragment le plus volumineux présente 3 centimètres et demi de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur et 1 centimètre et demi d'épaisseur.

Le malade est revu trois quarts d'heure après l'opération. On le trouve dans un état effrayant : la face grippée, le pouls petit et misérable, en proie à un frisson que rien ne pouvait apaiser. On regarde la plaie, point d'hémorrhagie. On attribue ce frisson à l'action du chloroforme, et pour cette raison on le désigne sous le nom de *frisson anesthésique.*

Ce n'est que par l'emploi des moyens les plus énergiques que l'on parvient à faire cesser l'état algide et seulement au bout de deux heures. Cette circonstance mérite d'être notée, car c'est peut-

être à un frisson de ce genre qu'est due la perte de sujets qui, après un emploi prolongé des anesthésiques, ont succombé quelques heures après l'opération. Il y a donc lieu de surveiller avec encore plus de sollicitude que cela n'a lieu d'ordinaire les suites du collapsus anesthésique après les grandes opérations.

Chez ce malade, une canule périnéo-vésicale a été placée dans la plaie de l'opération à l'effet de rendre plus assuré l'écoulement de l'urine au dehors et de prévenir toute infiltration urineuse.

Retour des urines par les voies normales le quatrième jour, malgré la permanence de la canule périnéale.

Le huitième jour, tentative de cathétérisme suivie dans la soirée d'un frisson très intense.

Le 4 août, vingtième jour de l'opération, le malade se lève et descend au jardin.

Voici les réflexions dont cette observation est accompagnée.

Dans les diverses introductions du doigt que j'ai eu l'occasion de faire dans le cours de cette opération soit pour reconnaître directement l'état de la plaie, soit pour m'assurer de l'extraction complète des débris du calcul qui s'était brisé sous les tenettes, j'ai pu constater deux choses :

1° Le passage très facile du doigt à travers la plaie en V faite par le lithotome double à la prostate;

2° La parfaite régularité, l'absence de toute déchirure à la plaie prostatique.

Le facile passage à travers la plaie est une des supériorités de la taille bilatérale sur la taille latéralisée. Il est évident que si vous divisez du même coup la prostate dans deux de ses plus grands rayons, vous avez, non pas dans la proportion du double, mais dans une mesure susceptible d'être géométriquement démontrée, une facilité plus grande à extraire le calcul. Nous ne comprenons pas que l'on puisse contester cet avantage et que l'on préfère systématiquement l'incision unilatérale à celle qui se fait sur les deux côtés de la prostate à la fois. Nous ne pouvons attribuer qu'à des habitudes d'opérateur l'usage que conservent encore de très habiles praticiens de recourir à la taille latéralisée. Mais si les habitudes de l'opérateur doivent être traitées avec égard, il y a quelque chose de plus respectable encore, c'est le choix le plus judicieux et le plus profitable des procédés opératoires. Compenser l'insuffisance

de la plaie prostatique par la déchirure que doit faire pour se livrer passage un calcul tiré avec force et dire comme atténuation qu'une plaie par déchirure possède certains avantages que n'a pas une plaie par incision, eu égard surtout au point de vue de l'hémorrhagie, c'est étayer d'une bien pauvre raison une manière de faire irrationnelle et presque barbare. Compenser l'insuffisance de la plaie unilatérale par une incision secondaire que l'on prétend placer plus opportunément que la grande plaie oblique, dont on se prive en n'agissant d'abord que sur un seul côté et prétendre qu'on obtient ainsi en deux temps une ouverture plus spacieuse que celle donnée par le lithotome double, c'est appuyer par une argutie géométrique un procédé opératoire essentiellement défectueux.

Le débridement après coup d'une plaie première faite à la prostate est une opération plus difficile qu'on ne croit à bien exécuter et de plus il fait courir des dangers réels. Couper à une très grande profondeur un tissu aussi résistant que celui de la prostate, surtout chez les vieillards atteints de calcul ; donner à l'instrument, même boutonné, une certaine course de va-et-vient (car ici il est impossible de couper par simple pression, comme on le fait dans la hernie pour le débridement des anneaux) expose à de graves inconvénients; donner au débridement l'étendue justement nécessaire sans sortir des limites de la prostate, en un mot, sans rester en deçà ou sans aller au delà de ce qu'exige la sortie sans violence du calcul est un tour de force aussi heureux qu'babile quand on se sert du bistouri. Il faut bien remarquer que tous les instruments destinés à la division du tissu prostatique ont été pourvus d'une très grande puissance par les fondateurs de l'opération, qui avaient peut-être un sentiment plus exact de certaines conditions du procédé opératoire que ne l'ont beaucoup de cbirurgiens modernes. Et cela est facile à comprendre. Les fondateurs faisaient en quelque sorte par centaines des opérations qui, dans la pratique des cbirurgiens actuels, ne se présentent quelquefois qu'à d'assez longs intervalles. Ils avaient donc compris qu'il fallait beaucoup de force pour bien ouvrir le col de la vessie. Aussi comparez l'énergie d'action du lithotome du frère Côme, du gorgeret d'Hawkins avec celle que peut avoir un bistouri à long manche agissant par son extrémité senle au fond d'une plaie pareille à celle de la taille latéralisée.

Les instruments anciens, gorgerets et lithotomes, sont évidem-

ment disposés pour avoir une force en quelque sorte irrésistible. Voyez leurs manches. C'est toujours en les saisissant à pleine main et en agissant par un mouvement de totalité du poignet que le chirurgien accomplit avec eux la section des tissus. De plus, il est dans le mécanisme de ces instruments de s'adosser toujours à un point fixe et même de donner à la prostate des conditions particulières de stabilité, afin qu'au moment de l'action cet organe ne puisse éluder l'effort qui le divise. Dans l'emploi du gorgeret, l'adossement au point fixe s'effectue par la pression de l'instrument contre la cannelure du cathéter. Dans l'emploi du lithotome l'instrument porte en lui-même, puisque la gaîne dont il est muni fait contre-appui à la lame.

Ce sont ces dispositions instrumentales et l'indication dont elles découlent, à savoir : la très difficile section du tissu prostatique, qu'on devrait un peu plus méditer quand on parle de ces débridements après coup comme de la chose du monde la plus simple. Ne semblerait-il pas qu'il s'agit tout bonnement de la section d'une bride filamenteuse ou de l'agrandissement d'une ouverture purement annulaire?

L'absence de toute déchirure à la plaie prostatique dans l'observation que nous avons rapportée est un fait d'un certain intérêt pratique, en ce sens que la construction du lithotome double expose d'une manière presque inévitable à un peu de dilacération au moment où on le fait pénétrer dans la vessie.

Voici mes observations à ce sujet ;

A l'époque où je faisais des cours de médecine opératoire, j'avais l'habitude de procéder à une autopsie attentive des résultats de l'opération exécutée sur tous les cadavres servant aux manœuvres opératoires. Je trouvais toujours une déchirure au sommet du V que forme l'incision prostatique. J'attribuai d'abord cette déchirure à la violence exercée par le bec du lithotome au moment où l'on franchit le col de la vessie. Plus tard, je m'aperçus que la déchirure tenait à ce que, dans le mouvement énergique de pression qui peut seul donner la certitude de ne pas abandonner la cannelure du cathéter, le lithotome subissait un redressement de sa courbe par suite duquel les lames sortaient de leur gaîne dans une faible étendue, à la vérité, mais assez pour que l'instrument ne pénétrât dans la vessie qu'à l'état de déploiement commencé. Le lithotome dou-

ble dont je me servais lors de ces premières remarques servait depuis longtemps. Je crus d'abord que l'inconvénient déjà signalé tenait à la défectuosité et à l'usure de ces instruments; mais j'ai acquis la preuve que les lithotomes doubles les mieux faits et entièrement neufs n'en sont point à l'abri.

Cet inconvénient a donc été évité chez notre malade, et j'ai la conviction que notre excellent et habile collègue M. Guersant sait également s'en affranchir dans ses opérations si heureuses de taille bilatérale chez les enfants. Mais que faut-il pour s'y soustraire dans tous les cas? Deux choses :

1° Un peu de diminution dans le degré de courbure du lithotome double ;

2° Une pression, je ne dirai pas modérée, du bec de cet instrument, car le temps de l'opération par lequel on fait pénétrer le lithotome dans la vessie devient excessivement dangereux si l'opérateur a le malheur de tenir mollement le bec du lithotome contre la cannelure, mais du moins une pression qui ne soit pas assez forte pour faire sortir les lames.

Entre autres circonstances à remarquer dans l'observation qui vous a été lue, nous rappellerons les deux frissons qui eurent lieu chez le malade, l'un dès le jour même de l'opération et que nous avons qualifié de *frisson anesthésique ;* le second, qui survint le huitième jour de l'opération, et qui paraît dû aux tentatives du cathétérisme faites dans le but de hâter le moment où l'urine reprendrait son cours par les voies naturelles. Le temps qui doit s'écouler entre une opération de taille périnéale et le moment où il est opportun, ou, si l'on veut, permis de sonder par l'urètre, n'est pas exactement déterminé. Peut-être devrait-on s'interdire tout à fait le cathétérisme pendant un temps assez long à la suite des opérations de taille.

Le malade qui a fourni matière à ce travail a été suivi depuis sa sortie de l'hôpital, et aujourd'hui, 24 septembre, il est parfaitement bien, et a repris ses forces et ses occupations.

Discussion.

M. Maisonneuve. M. Chassaignac demande à quelle époque se rétablit le cours des urines. C'est là une chose variable suivant les individus; et quant aux tentatives de cathétérisme après l'opération

de la taille, c'est là une de ces opérations que j'abandonne depuis longtemps, et à laquelle je n'ai recours que dans des cas exceptionnels. J'abandonne donc les malades à eux-mêmes dans toute espèce de taille, et les urines se rétablissent d'elles-mêmes. Je ne crois pas que la lésion du V formé par l'opération de la taille bilatérale, signalée par M Chassaignac dans la partie moyenne de la prostate, soit le résultat de la sortie de la lame du lithotome double. Si cela a lieu, l'instrument est nécessairement mauvais.

M. Guersant. Je n'admets pas non plus que le lithotome puisse produire ce dont on l'accuse, la force employée dans cette circonstance n'est pas suffisante pour donner un pareil résultat, à moins que l'instrument ne soit mauvais. Je ne comprends pas non plus pourquoi M. Chassaignac met une canule périnéale. Cette dernière n'est applicable qu'au cas où le chirurgien est appelé pour arrêter une hémorrhagie.

M. Chassaignac persiste dans sa manière de voir, et résume les raisons que nous avons mentionnées plus haut.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 24 *septembre* 1851.

Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Chassaignac présente deux malades traités à l'hôpital Saint-Antoine, l'un pour une hydrocèle enkystée du cordon, l'autre pour une hématocèle.

L'hématocèle s'est produite dans des circonstances qui ont donné au diagnostic une certitude qu'il n'a pas toujours dans ce genre de maladie et à l'étiologie une évidence incontestable. Ceci a de l'importance pour quelqu'un qui veut suivre l'évolution et les transformations successives de la maladie.

Un homme de trente et un ans, fort et bien portant, n'ayant jamais eu aucun engorgement dans les bourses, essaie de monter en selle sur un cheval lancé au galop. Il tombe et, dans sa chute, se froisse violemment le scrotum contre une des pièces du harnais. Il entre à l'hôpital ayant cette énorme tuméfaction globuleuse, qui

est, avec la couleur bleue, caractéristique de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. Mais, dès l'entrée du malade, on distinguait parfaitement au milieu de la masse globuleuse la distension ovoïde allongée, fluctuante et avec dureté plus grande de la tunique vaginale gauche. On diagnostiqua dès cette époque une hématocèle. Le malade sort sans attendre la guérison; mais, quinze jours après, il revient ayant à gauche la tumeur pyriforme qui se produit dans tout épanchement de la tunique vaginale, et de plus l'absence absolue de transparence qu'on trouve dans l'hématocèle.

L'hydrocèle enkystée existait chez un jeune serrurier âgé de quatorze ans. Lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, on constate dans la bourse du côté gauche une tumeur oblongue, fortement recourbée en avant et à la partie antérieure du sommet, de laquelle on reconnaît le testicule parfaitement distinct du reste de la tumeur. Le cordon, sous forme d'une bande aplatie, de la largeur du petit doigt, striée par des interstices lumineux, va contourner la partie la plus déclive de la tumeur pour remonter en arrière et un peu en dehors.

Le malade est présenté avant d'être opéré, le 3 septembre 1851, à la Société de chirurgie.

Le 4 septembre, une injection avec une solution très faible de nitrate d'argent est faite dans l'hydrocèle (1 gramme de nitrate pour 2,000 grammes d'eau). C'est la proportion à laquelle s'est arrêté M. Chassaignac après de nombreuses tentatives. Dans le cours du traitement, qui n'a été entravé par aucun accident, on a été témoin d'un phénomène assez curieux, c'est la production artificielle et par simple phlegmasie de voisinage d'une hydrocèle de la tunique vaginale, de telle sorte que le testicule était entouré d'une atmosphère liquide tout à fait distincte de la tumeur formée par le kyste.

Dès le 18 septembre, quinze jours après l'opération, l'hydrocèle enkystée était remplacée par une petite nodosité comme pierreuse. C'est dans cet état qu'il a été présenté de nouveau à la Société de chirurgie le 24 septembre.

— M. F. Martin présente à la Société de chirurgie un jeune homme amputé de la jambe au lieu d'élection; ce jeune homme porte un membre artificiel que M. Martin a doté d'un nouveau perfectionnement, à savoir : que, tout en conservant la flexibilité du

genou et sans avoir besoin de toucher aucune pièce de l'appareil, le malade peut donner une grande rigidité au genou dans la station perpendiculaire, puis marcher lentement ou rapidement; en un mot, agir à volonté sur le membre artificiel absolument comme au moyen de muscles énergiques.

M. Martin rappelle que déjà, à l'aide de la disposition qu'il a donnée à l'articulation du genou de ses membres artificiels destinés au cas d'amputation de la cuisse et de la jambe au lieu d'élection, le malade pouvait fléchir le genou en marchant; mais les appareils tels qu'ils étaient présentent l'inconvénient de rendre la progression un peu lente. En effet, si l'on conserve cette disposition, lorsque le genou est porté en avant il faut attendre que le pied, par un mouvement de balancement semblable à celui du pendule, vienne se porter dans l'extension; en un mot, il faut attendre que l'axe de la jambe arrive se placer dans le prolongement de celui de la cuisse avant que l'amputé puisse reposer sur elle.

A l'aide de la nouvelle modification, ce temps d'arrêt ou plutôt de retard n'existe plus; le malade est maître du membre artificiel à ce point de pouvoir faire 120 pas à la minute, c'est-à-dire de marcher aussi vite que la personne la plus agile.

Cette modification est très simple : elle consiste en une longue courroie attachée par l'une de ses extrémités à la partie supérieure et antérieure du pied. Cette courroie monte dans l'intérieur de la jambe, passe sur la face antérieure du genou et vient se terminer par une boucle située au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Une large bande en tissu s'attache à cette boucle et, faisant bretelle, vient se rattacher à la partie latérale de l'appareil après avoir passé sur l'épaule du côté opposé.

On conçoit que le malade, soulevant tant soit peu l'épaule, tend la bretelle; que cet effet de traction est transmis à la longue courroie dont nous venons de parler. Cette courroie, passant sur la face antérieure du genou, tend à porter celui-ci dans l'extension et agit sur ce point à la manière du muscle triceps fémoral. L'effort, se continuant, vient relever la pointe du pied et empêche qu'elle ne rencontre les inégalités du sol.

M. Martin raconte que c'est en essayant l'action d'un moyen proposé par Amb. Paré pour le cas de paralysie de l'un des membres inférieurs qu'il a été conduit à faire subir une modification aussi

heureuse à ses membres artificiels pour le cas d'amputation de la cuisse ou de la jambe au lieu d'élection.

Ainsi maintenant, quel que soit le point où un membre inférieur ait été amputé, il est possible non-seulement de remplacer le membre par un appareil qui en reproduit les formes, mais même en détail et presque de tous points l'action.

— M. Martin présente en même temps un appareil construit d'après les mêmes données et applicable à un cas de paralysie du membre inférieur. Cet appareil a déjà été appliqué avec un tel succès, que le malade, M. de B..., de Francfort, a pu visiter l'exposition de Londres, où il a marché pendant sept heures sans prendre le moindre repos.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi qui a été fait à l'Institut du tome II de nos *Mémoires*, et du Ier volume de nos *Bulletins*.

2° M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse à la Société, par l'entremise de M. Laborie, une observation de calculs développés dans les fosses nasales. Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Mascarel.

Communication.

M. Huguier, ayant eu récemment occasion de pratiquer la taille hypogastrique dans des conditions particulières, et le malade étant mort par suite de cette opération, donne les détails suivants :

Un homme âgé de trente-quatre ans, d'une constitution assez chétive, entra à l'hôpital Beaujon le 14 septembre pour s'y faire soigner d'un catarrhe de vessie datant de deux ans. Les symptômes morbides étaient d'ailleurs peu prononcés ; ils consistaient surtout en des envies fréquentes d'uriner et en des douleurs vésicales plus incommodes par leur persistance que par leur intensité. Les caractères physiques de l'urine ne semblaient pas être notablement changés. L'exploration de la vessie donna la sensation d'un corps résistant et inégal. Quelques mouvements imprimés à la sonde, en vue de s'éclairer sur la cause de cette sensation, ne laissèrent aucun

doute sur l'existence d'un calcul. Le bruit produit par le cathéter est assez fort pour être entendu des assistants. Le bruit et la résistance éprouvés par le cathéter se faisaient surtout sentir à la partie antérieure. Le calcul paraît volumineux, même après une dernière exploration dans laquelle la vessie avait été distendue par une certaine quantité de liquide.

Il fut décidé qu'on aurait recours à la taille hypogastrique : celle-ci fut faite d'après toutes les règles de l'art; et en suivant le procédé adopté par M. Le Roy-d'Etiolles, elle permit d'arriver promptement dans la cavité vésicale. Mais le péritoine a été un peu lésé dans ce temps de l'opération. Le calcul extrait du réservoir urinaire avait pour noyau un porte-plume, et ce dernier était placé transversalement, de telle sorte que la cavité vésicale se trouvait étendue dans le sens transversal, et non pas vertical, circonstance qu'il importe de noter, en raison de l'accident qui est survenu pendant le cours de l'opération.

Discussion.

M. Maisonneuve. Je crois qu'il est toujours possible, dans la taille hypogastrique, d'éviter la lésion du péritoine; il suffit, pour cela, de prolonger l'incision jusqu'au-devant de la symphyse pubienne, et de se servir pour inciser les téguments de l'aponévrotome de frère Côme. En me servant de cet instrument j'ai pu, sur le cadavre, inciser jusqu'à l'ombilic sans intéresser le péritoine. Je crois, en outre, qu'il importe de bien décoller la paroi antérieure de la vessie; de cette façon, on rend l'opération plus facile, et cette circonstance ne nuit en rien au succès de l'opération, attendu que la hernie produit toujours ce résultat.

M. Huguier. Je ferai remarquer à M. Maisonneuve qu'il n'est pas aussi facile d'éviter sur le vivant la lésion du péritoine que sur le cadavre. Dans la circonstance où je me trouvais, il était difficile d'éviter la lésion de cette membrane; d'abord, à cause de l'étendue transversale de la vessie et de la difficulté de faire manœuvrer la sonde à dard dans l'intérieur de cet organe; ensuite il ne faut pas oublier que, sous l'influence de la douleur, les malades font des efforts qui chassent les viscères vers la partie inférieure de la cavité abdominale, et que c'est là une circonstance qu'il importe de ne pas oublier dans la pratique de la taille sus-pubienne.

M. Chassaignac. Je n'admets pas qu'il soit avantageux de pratiquer le décollement de la paroi antérieure de la vessie. Cette circonstance n'empêche en rien la lésion du péritoine, et elle favorise l'infiltration urineuse. Le meilleur moyen d'éviter la lésion du péritoine, c'est de pincer l'extrémité de la sonde à dard au-dessus du col vésical, et d'inciser à partir de ce point. De cette façon, on limite très bien son incision, et on évite la membrane séreuse, qu'il importe tant de ménager.

M. Huguier. Le procédé de M. Chassaignac n'était point applicable, attendu qu'il était impossible de faire saillir la sonde à la paroi antérieure de la vessie.

M. Forget. Il est évident que la lésion du péritoine a été amenée par l'étendue transversale que le corps étranger avait fait prendre au réservoir urinaire. Cette particularité avait amené la dépression du sommet de la vessie.

Présentation de pièces.

M. Chassaignac présente les fragments d'une tumeur volumineuse extraite le matin même par morcellement, et qui formait un polype pédiculé tout entier contenu dans la cavité du vagin. Cette tumeur, sauf ce qu'apprendra l'examen par le microscope, a été considérée, jusqu'à nouvelle information, comme étant un polype fibreux ramolli.

Voici quelles ont été les circonstances du diagnostic assez curieuses qui ont précédé cette opération :

Une femme, âgée de trente-cinq ans, et qui avait été bien réglée jusqu'à il y a deux ans, fut sujette, à partir de cette époque, à des pertes de sang très fréquentes. Cette femme n'a jamais eu de grossesse.

Au toucher, on reconnaît tout d'abord à l'intérieur du vagin, et sur un corps qui donne la sensation d'un utérus hypertrophié et ramolli, une fente transversale dans laquelle le doigt pénètre facilement par une excavation dont les parois sont rugueuses, friables, facilement saignantes. Cette première impression donnerait l'idée d'un cancer utérin arrivé à sa dernière période, lorsque la cavité du col et une partie de la cavité du corps sont arrivées déjà à ce degré de ramollissement putrilagineux du cancer depuis longtemps ulcéré. Du reste, pas d'odeur caractéristique. Et de plus,

quand, retirant le doigt de cette excavation, on le promène sur la masse au centre de laquelle elle se trouve, on reconnaît une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Parfaitement circonscrite et arrondie, lisse à sa surface, qui est dans tous les points parfaitement libre d'adhérences aux parois du vagin, cette tumeur n'est pas mobile, en ce sens qu'on pourrait la déplacer dans le vagin, qu'elle remplit avec trop d'exactitude pour cela; mais elle l'est en ce sens, qu'on peut la faire un peu tourner sur elle-même dans le vagin.

Le doigt, introduit aussi profondément que possible sur tout le périmètre de la tumeur, fait bien reconnaître qu'elle va en se rétrécissant vers sa région la plus élevée et la plus profonde, qu'elle est en un mot parfaitement pédiculée. Mais il est très difficile d'atteindre le collet du pédicule, et dans le seul point à gauche ou cela est possible on ne trouve pas ce bourrelet en quelque sorte cotyloïdien que forme l'utérus autour du pédicule d'un polype. Néanmoins, on ne doute pas un instant que tel ne soit le genre de tumeur à laquelle on a affaire. L'extraction doit être pratiquée. On y procède en implantant un grand nombre d'érignes dans le tissu de la tumeur. Mais, quels que soient les ménagements qu'on apporte, toujours le tissu se déchire. On a alors recours au procédé du morcellement de la tumeur en agissant de la manière suivante:

Le doigt index, réintroduit profondément dans la cavité qui occupe le centre de la tumeur, la déchire en plusieurs cotylédons qui sont successivement retirés, soit par les érignes, soit avec les doigts. On arrive enfin à un pédicule venant bien directement de l'utérus. Ce sont les débris de cette tumeur que M. Chassaignac présente à la Société.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 1er octobre 1851.

Présidence de M. LARREY.

Présentations de malades.

M. CHASSAIGNAC présente deux malades : l'un est un jeune homme qui a fait une chute de soixante pieds de haut, à la suite de laquelle il a eu une fracture médiane du maxillaire inférieur, une fracture

de trois ou quatre côtes compliquée d'emphysème et une fracture de cuisse. Ce jeune homme s'est parfaitement remis. La fracture de cuisse, qui présentait un raccourcissement considérable, a guéri avec une diminution de longueur de 5 à 6 centimètres. Le malade marche et la claudication est peu marquée.

Le second malade est un vieillard qui fut renversé dans la rue, et les roux d'une voiture à deux chevaux lui passèrent sur la face; il en résulta une fracture des os propres du nez, des deux maxillaires avec enfoncement de leurs sinus; la voûte palatine elle-même fut écrasée, d'où un raccourcissement considérable de celle-ci, de sorte que le doigt porté dans la bouche touche de suite au pharynx.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Larrey présente de la part de M. Birkett (de Londres), auteur d'un *Traité des maladies du sein* (1), trois observations manuscrites d'*hématurie traumatique.* M. Birkett, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre et chirurgien de Guy's hospital, demande le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Une commission, composée de MM. Larrey, Demarquay et Giraldès, est chargée d'examiner le travail de M. Birkett.

Communication.

M. Huguier présente à la Société les organes génitaux d'une femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'un estiomène de la vulve. Cette malade a succombé aux suites d'un abcès par congestion, mais parfaitement guérie de son estiomène. Voici le résumé de cette observation.

La nommée Bucquoi, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, réglée à onze ans, ayant eu à douze ans un abcès strumeux à la jambe, se marie à seize ans. Depuis ce moment jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, elle a eu dix grossesses, dont une double à vingt-sept ans; ses règles, qui avaient disparu depuis son mariage, reviennent, irrégulières d'abord, il est vrai. A

(1) *The diseases of the breast and their treatment.* London, 1850.

quarante-deux ans, elle est adressée à M. Huguier par M. Vernois pour être traitée d'un estiomène vulvaire qui date de trois ans; de plus, elle porte sur la figure et sur une des mains des lupus naissants, et toute sa figure est empreinte du cachet scrofuleux.

A l'examen des parties génitales, on constate un suintement d'un liquide séro-purulent, surtout séreux, tachant le linge.

Rougeur sur la face interne des cuisses, vers le sillon génito-crural. Rien sur les grandes lèvres, qui, lorsqu'elles ne sont pas écartées par le doigt du chirurgien, cachent complétement la maladie et n'en laissent rien apercevoir.

Si on entr'ouvre les grandes lèvres, on voit le vagin et les petites lèvres souillés par l'écoulement dont nous avons parlé. Cet écoulement n'a, du reste, aucun caractère de mauvaise nature. Jamais, depuis trois ans qu'il existe, il n'a causé d'accidents au mari.

La face interne des grandes lèvres est rouge; on y distingue une cicatrice de cautérisation à la lèvre gauche.

Au niveau du clitoris, ulcération à fond rouge, à bords déchiquetés, tranchés d'avec la muqueuse voisine. Cette ulcération part du sommet du clitoris et va se répandre de chaque côté de l'ulcération grise dont nous parlions tout à l'heure, pour se terminer sur les caroncules myrtiformes.

Inférieurement, on observe une ulcération grisâtre, pointillée, parfaitement distincte de l'ulcération rouge.

De chaque côté de la ligne médiane, l'ulcération grise envahit les corps caverneux du clitoris, et s'étend vers l'urètre, qui, ainsi que les parties environnantes, est détruit jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Ses bords latéraux se terminent en mourant sur les parois latérales du vagin, en embrassant en fer à cheval les parties latérales et inférieures du méat urinaire.

Le diamètre transversal et horizontal est de 0,03. L'ulcère rampe le long de la paroi inférieure de l'urètre, tente de s'introduire entre la vessie et le vagin, et donne naissance à une cavité accidentelle à foud ulcéré, qui est séparée de la cavité du vagin par une sorte de soupape formée par la paroi antérieure du vagin, qui, détachée, tombe en arrière et masque la cavité du canal, au point que, lorsque l'on écarte les lèvres vulvaires, on n'aperçoit que la cavité accidentelle et que le doigt s'égare également et tombe dans

ce sinus anfractueux ; il en est de même du spéculum ; il faut passer au-dessous de la soupape, que l'on relève pour pénétrer dans le vagin. Cette valvule offre la structure et l'apparence ridée de la paroi antérieure du vagin ; on peut compter neuf rides à sa face, ou plutôt à son bord antérieur ; on peut reconnaître les vestiges de trois rides détruites de droite à gauche.

Cette valvule offre à sa surface vulvaire l'apparence de la muqueuse vaginale, et la surface urétrale est rongée par l'ulcération grise ; la paroi postérieure, très épaisse, de cette valvule se prolonge sur la paroi antérieure du vagin.

Rien d'anormal dans tout le reste de la vulve.

Rectum. — On y aperçoit quatre tubercules grisâtres, du volume d'une petite noisette ; la face externe de ces tubercules offre cet aspect qui marque la transition de la peau à la muqueuse. La face interne offre l'ulcération grise.

Le toucher rectal est très douloureux. On sent des inégalités, des bosselures, des indurations qui remontent à quelques centimètres.

Le lundi, 2 juin, après plusieurs jours de repos, afin d'habituer la malade au séjour de l'hôpital et de la préparer à l'opération, elle est couchée sur le bord de son lit, les cuisses écartées l'une de l'autre, légèrement fléchies sur le bassin et soutenues par deux aides ; le sommeil est obtenu au moyen du chloroforme. Une sonde est placée dans la vessie ; puis, deux aides écartant les grandes lèvres, M. Huguier, de la main droite armée d'un bistouri, pratique une incision sur la nymphe du côté droit, puis, avec des pinces, il dissèque toute l'étendue de cette nymphe envahie par l'ulcère, arrive au-dessous du clitoris qu'il enlève, redescend du côté gauche, excisant toutes les parties ulcérées et la face supérieure de la valvule.

Après avoir disséqué ce qui est compris dans le vestibule, il retire la sonde et incise l'urètre au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Afin d'être plus certain de détruire complétement la maladie et d'éviter une récidive, il cautérise profondément avec le fer rouge, puis un courant d'eau fraîche est poussé dans la plaie. Quant au rectum, vidé préalablement par un lavement, les excroissances qui apparaissent au dehors sont excisées à l'aide d'un ciseau courbe.

Une sonde de gomme élastique est placée dans la vessie, elle est maintenue par des pièces d'appareil et par des fils qui, partant de son extrémité libre, aboutissent aux sous-cuisses d'un bandage en T; une mèche est placée dans le vagin, puis des boulettes de charpie sont ajoutées; enfin des compresses percées d'un trou à leur centre pour le passage de la sonde complétent le pansement. La plaie pratiquée à l'anus est recouverte de cérat et de charpie. Cet appareil est maintenu par un bandage en T.

Cette malade, qui était très bien guérie de son estiomène vulvaire, grâce à l'opération de M. Huguier, vient de succomber aux suites de deux vastes abcès déterminés par une carie du sacrum et d'un des os iliaques.

A propos de cette malade, M. Huguier revient sur les opérations qu'il a déjà faites pour guérir l'estiomène vulvaire, et qui ont été consignées dans son mémoire sur cette maladie, et rappelle à la Société qu'il a pu enlever chez la femme une assez grande étendue de l'urètre sans gêner la miction. Il termine cette communication par l'exposé sommaire de l'observation d'un homme qui se trouve actuellement dans son service, affecté de deux estiomènes situés sur la face dorsale des deux mains. Ce malade est âgé de cinquante ans, grand et fort, mais dont la santé est profondément détériorée; il a eu à plusieurs reprises des hémoptysies; il tousse habituellement, et il a eu une fonte tuberculeuse des testicules; il porte depuis plusieurs années un lupus végétant sur la face dorsale de chaque main, mais plus étendu du côté droit que du côté gauche. Des moyens très nombreux ayant été employés sans succès contre cette maladie, M. Huguier se décide à pratiquer l'ablation du mal par l'instrument tranchant. Le malade soumis au chloroforme, une incision circonscrit tout le mal, et, par une dissection minutieuse, on enlève toute la partie malade, en ménageant toutefois les tendons et les parties importantes à conserver. A présent, cet homme est très bien et tout à fait en voie de guérison.

Discussion.

M. Chassaignac. Il me semble que l'opération à laquelle M. Huguier se décide doit être la dernière ressource. Je crois que souvent on pourrait guérir les malades par l'usage de l'huile de foie de morue et par les cautérisations avec les sels mercuriels.

M. Huguier. Tout le monde sait combien le lupus est réfractaire à nos moyens de traitement, et surtout au traitement interne. C'est une des formes de la maladie scrofuleuse les plus rebelles. Nous savons tous que les malades de Saint-Louis affectés de ces maladies guérissent rarement, et que la plupart vont peupler la Salpêtrière, Bicêtre ou d'autres hôpitaux comme infirmiers ou infirmières. Dans le mémoire que j'ai publié sur l'estiomène vulvaire, j'ai rapporté l'observation de plusieurs malades que rien n'avait pu guérir, et qui le furent complétement par l'ablation avec l'instrument tranchant. La malade qui me fut adressée par M. Vernois avait été traitée très activement, mais très infructueusement. J'ai eu récemment occasion d'opérer, en ville, une dame pui avait reçu les soins de MM. Ricord, Caffe et Laroche ; aucun moyen que l'ablation ne réussit chez cette dame.

M. Robert. Je demanderai à M. Huguier si par hasard il n'aurait point confondu l'estiomène avec l'ulcère veriqueux décrit par M. Marjolin père ; j'ai vu le malade qui se trouve actuellement dans le service de notre collègue, et il m'a semblé que les caractères qui appartiennent à ce que M. Huguier appelle un estiomène se rapportent aussi à l'ulcère veriqueux.

M. Huguier. La confusion dont parle M. Robert n'est pas possible. On ne reconnaît pas seulement l'estiomène à ses caractères physiques ; mais il y a encore dans la constitution du sujet un cachet particulier. Lors même que le mal a été guéri par un traitement interne, il y a encore dans la cicatrice un caractère indélébile que ne méconnaît pas le chirurgien ayant une connaissance parfaite des dermatoses. J'ai eu occasion d'examiner au microscope, avec M. Lebert, des portions de lupus que j'avais enlevés, et nous avons trouvé, outre les éléments de la peau, le tissu fibro-plastique.

M. Chassaignac. Je crois que l'ablation par l'instrument tranchant doit triompher de la maladie ; mais cependant son pouvoir n'est point absolu, car j'ai vu une malade à laquelle Blandin avait enlevé un lupus, et ce dernier néanmoins est revenu. Il a été guéri sous l'influence des cautérisations avec le nitrate acide de mercure.

M. Cullerier. L'estiomène vulvaire est une maladie assez commune, mais qui était mal connue avant le travail de M. Huguier. Lorsque je lus le travail de notre collègue, un instant je crus qu'il y avait eu erreur ; mais bientôt je pus me convaincre de la vérité des des-

criptions de M. Huguier; c'est qu'en effet l'estiomène vulvaire peut être confondu avec d'autres affections, avec des chancres phagédéniques, par exemple. A l'exemple de plusieurs médecins j'ai usé de beaucoup de moyens pour obtenir la cicatrisation des lupus ulcérés, et je ne fus pas plus heureux que M. Huguier. C'est alors que j'eus recours à l'ablation avec l'instrument tranchant, et depuis lors j'ai pu guérir plusieurs malades.

M. Huguier. De même que l'estiomène de la face amène un engorgement ganglionaire du cou, de même l'estiomène vulvaire produit l'engorgement des ganglions de l'aine; cette circonstance peut induire le chirurgien en erreur, et il est bon de la signaler.

Nécrose profonde des os du crâne, consécutive à un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu.

M. Larrey. La Société, n'ayant point d'autre communication à l'ordre du jour, me permettra de lui indiquer l'un des faits qui m'ont offert le plus d'intérêt, en parcourant la semaine dernière quelques hôpitaux anglais.

M. Drummond, chirurgien inspecteur du service de santé de la marine, m'a fait voir à l'hôpital naval de Chatam un cas extraordinaire de nécrose du crâne, dont il a bien voulu me promettre l'observation clinique, et dont je ne puis exposer que la substance sommaire.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui fut atteint il y a plusieurs mois d'un érysipèle intense du cuir chevelu. Cet érysipèle, devenu phlegmoneux, fut suivi d'une suppuration diffuse, qui, loin de se faire jour tout d'abord vers la surface du crâne, provoqua l'exfoliation du périoste et la dénudation des os sur divers points. Une ostéite ulcérante se propagea bientôt de la table externe à la table interne; et entretenant à son tour de nouveaux foyers de suppuration, elle isola peu à peu les os malades et les frappa de nécrose. L'exfoliation insensible d'une part, et d'autre part l'élimination successive des séquestres par des abcès ulcérés devenus fistuleux, finirent par séparer complétement la plus grande portion de la voûte du crâne, en laissant de larges pertes de substance au niveau des pariétaux, du frontal et des temporaux. Mais, chose remarquable, les téguments restèrent intacts, sauf les deux ou trois ulcérations étroites dont la suppuration persiste en-

core aujourd'hui. L'application du doigt sur le cuir cheveln, à la surface de la tête en partie privée de boîte osseuse, perçoit aisément la présence et le soulèvement du cerveau, protégé par ses membranes, qui l'empêchent de faire hernie.

Mais, chose plus remarquable encore, c'est que tous ces phénomènes d'inflammation, de suppuration, de carie et de nécrose, se sont accomplis sans accidents cérébraux, soit primitifs, soit consécutifs, et sans aucun trouble fonctionnel. Le malade ne souffre pas; il a bonne mine, de l'appétit, du sommeil, et attend avec patience la cicatrisation définitive des ouvertures fistuleuses. Sa tête, telle qu'on l'observe maintenant, a été modelée pour le riche musée de l'hôpital militaire de Chatam, où j'ai pu constater son exacte imitation.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 8 *octobre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos de ce procès-verbal, M. CHASSAIGNAC donne des détails micrographiques sur la tumeur fibreuse ramollie dont il a présenté les débris à la Société de chirurgie. Le tissu de cette tumeur, examiné au microscope, est bien du tissu fibreux.

Correspondance.

La Société de chirurgie a reçu une lettre de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau se rendra auprès de M. le ministre pour y répondre directement.

M. Andrew Smith, directeur général du service de l'armée anglaise, envoie, en échange de nos mémoires : 1° les nos 2, 3, 4, 5 des planches d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée;* 2° le catalogue des préparations d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée* à Fort Pitt.

— M. PALMERS, de Philadelphie, présente une jambe artificielle de son invention, qui semble fort ingénieuse, d'une grande légèreté, mais dont le mécanisme a besoin d'être étudié, et sera ultérieurement le sujet d'un rapport.

Rapport.

M. Debrou, au nom d'une commission composée de MM. Lebert et Demarquay, fait un rapport sur le travail de M. Pravaz, de Lyon, ayant pour titre : *De l'influence de l'air comprimé comme moyen curatif des déviations de l'épine tenant à une maladie du thorax.*

La discussion et l'admission des conclusions de ce rapport sont remises à la séance prochaine.

Communication.

M Guersant présente à la Société un trocart explorateur pour pénétrer dans le cul-de-sac rectal quand il existe une imperforation de l'anus. Lorsque l'opérateur cherche à établir un anus artificiel dans la région anale, et qu'il se sert d'un trocart pour reconnaître par une ponction préalable la position du rectum, on reconnaît qu'on est dans l'intestin par l'écoulement de matières fécales. Le chirurgien éprouve souvent de grandes difficultés pour conduire par le point traversé par le trocart une canule, sur laquelle, pour prévenir cet inconvénient, M. Guersant a fait faire une rainure sur la gaîne du trocart. Cette rainure sert de guide au bistouri, et de la sorte l'opérateur n'est point obligé de remplacer la canule de l'instrument explorateur par une sonde cannelée. Seulement, pour rendre cette canule plus utile et plus maniable, M. Guersant, après avoir enlevé le poinçon du trocart, le remplace par une espèce de petite tige s'adaptant parfaitement, à l'aide de quelques tours de vis, à l'instrument laissé au sein des tissus. Cette tige, faisant suite à la canule, sert à conduire facilement la canule de gomme élastique qu'on se propose de laisser dans le rectum.

Luxation du coude datant de sept semaines. Réduction.

M. Chassaignac communique l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une chute, éprouva plusieurs lésions, dont une fut complétement méconnue. Je veux parler de la luxation complète du coude en arrière. Au bout de sept semaines, l'enfant est présenté à M. Chassaignac. Notre collègue se met en devoir de réduire. Dans une première tentative de traction il échoue, malgré le sommeil anesthésique ; c'est alors qu'il emploie le procédé suivant. Pendant que l'extension est exercée par des aides, il applique la paume de

la main sur l'olécrane déplacé et le pousse ainsi d'arrière en avant. Grâce à cette manœuvre, la réduction fut promptement obtenue.

M. Boinet. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que l'idée d'exercer une pression sur l'olécrane pour obtenir plus facilement la réduction dans la luxation du coude n'est pas nouvelle. M. Maisonneuve l'a mise en usage à l'aide d'une serviette passée autour du cou, et dont la partie moyenne repose sur l'olécrane.

M. Morel. La pression sur le coude peut se faire à l'aide des deux pouces; il a vu M. Gerdy recourir à ce moyen avec succès.

M. Larrey fait observer que l'on ne doit plus attribuer une valeur trop exclusive au choix des procédés mécaniques dans la réduction des luxations récentes, depuis l'emploi simultané des agents d'anesthésie. Ne suffit-il pas en effet, bien souvent, des moindres efforts, des plus légères tractions combinés avec le chloroforme, pour réduire telle luxation, qui résisterait peut-être aux manœuvres les plus puissantes et les mieux dirigées, sans l'intervention de la méthode anesthésique? C'est donc à l'application de cette merveilleuse découverte que l'on doit le moyen le plus sûr de réduction, puisqu'il supprime la douleur et neutralise l'action musculaire.

M. Chassaignac. Malgré l'usage du chloroforme, qui rend généralement la réduction des luxations faciles, il est encore avantageux dans les luxations anciennes d'avoir recours à certains procédés plutôt qu'à d'autres. Je pourrais m'appuyer sur le fait que je viens de rapporter plus haut, mais il en est un autre qui m'a frappé.

Il y a quelque temps, j'essayai de réduire une luxation de l'épaule datant de six semaines. Ne pouvant y parvenir par le procédé du talon, secondé de l'action du chloroforme, j'eus recours au procédé du talon renversé, c'est-à-dire que je fis ces tractions en haut, le pied étant posé sur l'épaule dont l'humérus était luxé. Je pus de la sorte obtenir une réduction que j'avais vainement cherchée par un autre procédé.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 15 octobre 1851.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'il a été reçu avec les membres du bureau en audience particulière par M. le ministre de l'instruction publique, auquel ont été remis les volumes des Mémoires et du Bulletin. M. de Crouscilhes, dans cet accueil plein de bienveillance, mais à la veille de quitter le ministère, a promis que le département de l'instruction publique encouragerait de tout son pouvoir les travaux de la Société de chirurgie.

— M. DEBOUT termine son rapport sur les travaux et les titres scientifiques de M. Pravaz, de Lyon.

Voici une analyse rapide du travail de M. Pravaz et du rapport de M. Debout.

M. Pravaz, de Lyon, au commencement de cette année, est venu lire à la Société de chirurgie un travail sur les déviations du rachis tenant à la présence d'un épanchement pleurétique résorbé; une commission, composée de MM. Lebert, Demarquay et Debout, rapporteur, a donné dans la dernière séance les conclusions de son rapport, et M. Pravaz a été nommé membre correspondant à l'unanimité.

Dans le travail qui nous a été lu par M. Pravaz, on ne trouve pas seulement une observation très curieuse de déviation du thorax tenant à une ancienne pleurésie guérie sous l'influence de l'air comprimé, mais encore des faits de déviation, de lésions avec déformation du thorax liés au rachitisme avec ou sans gibbosité qui ont également cédé à l'action du bain d'air comprimé associé à une gymnastique spéciale.

Suivant notre savant confrère, ce moyen orthopédique est incontestablement bien supérieur à toutes les machines imaginées contre ce genre d'hétéromorphie.

Le mode d'action du bain d'air comprimé est complexe ; il agit :

1° En déplissant, en agrandissant les cellules pulmonaires; M. Pravaz combat par des raisonnements empruntés aux sciences exactes les objections qui ont été faites à sa théorie ;

2° Par l'influence que l'air comprimé exerce sur l'hématose et sur la constitution tout entière.

M. Pravaz termine son mémoire par l'exposé des faits qu'il a observés, et dont les dessins et les plâtres ont été présentés à la Société de chirurgie.

Rapport.

M. Debout, rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail de M. Pravaz, fait un rapport très étendu sur les travaux de cet habile chirurgien ; de plus, il fait l'historique des recherches qui ont été faites sur les déformations de la poitrine consécutives aux pleurésies, et démontre que jusqu'au travail que M. Pravaz a communiqué à la Société de chirurgie rien n'avait été fait pour remédier à ce genre d'hétéromorphie. Il examine ensuite les théories émises par M. Pravaz sur le mode d'action de l'air comprimé dans le redressement du rachis et le rétablissement de la capacité de la poitrine du côté déformé. Suivant M. Debout, le bain d'air comprimé agirait plus dans l'espèce particulière d'hétéromorphie signalée par Laënnec en activant les fonctions internes du poumon et facilitant ainsi la résolution des lésions organiques secondaires à l'épanchement pleurétique, comme les mouvements forcés d'une articulation malade peuvent ramener l'articulation à ses fonctions normales.

Extrait du rapport de M. Chassaignac sur la candidature de M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault.

M. Chassaignac, rapporteur d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Chassaignac, fait un rapport sur les travaux de M. Mascarel, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Les exemples de tétanos observés par M. Mascarel, dit M. le rapporteur, viennent corroborer les faits qui démontrent que l'exposition au refroidissement à la suite des lésions traumatiques arrivées

au terme de leur cicatrisation est une cause déterminante du tétanos.

La première observation se rapporte de toute évidence à une hématocèle ; la nature du liquide, les concrétions fibrineuses, la consistance des enveloppes, tout prouve qu'il s'agissait bien évidemment ici d'une collection primitivement sanguine.

Il y a une distinction pratique très importante à faire entre l'hématocèle et certaines hydrocèles à liquide coloré et ayant au premier abord plus ou moins d'analogie avec les restes d'un épanchement sanguin. Dans l'hématocèle, le liquide renferme toujours des concrétions albumineuses ou fibrineuses qui sont comme autant de corps étrangers à l'intérieur de la cavité vaginale. Dans les hydrocèles colorées, au contraire, le liquide est d'une homogénéité parfaite. Substance intime, couleur, consistance, tout y est identique dans chacune des parcelles du liquide.

Les hydrocèles, qu'elles soient colorées ou non, mais quand ce sont bien des hydrocèles, comportent un traitement identique. L'hématocèle ne doit pas être soumise d'emblée au même mode de traitement.

On doit de toute nécessité soumettre à un lavage préalable toute hématocèle qu'on voudrait traiter par l'injection iodée.

Un espace de quinze jours n'est pas un délai suffisant pour prononcer qu'une injection iodée a manqué son but.

Il n'est que deux circonstances où il soit permis de tenter une opération nouvelle après une injection iodée, c'est : 1° dans le cas d'une suppuration imminente; 2° dans le cas où, l'épanchement qui succède à toute injection dans la tunique vaginale s'étant dissipé, on le voit se reproduire. Là on peut prononcer qu'il y a positivement récidive.

L'emploi de la teinture d'iode non mitigée exerce sur les tissus une influence nuisible, ainsi que cela résulte de plusieurs faits déjà signalés à la Société de chirurgie.

L'observation de calcul nasal due à M. Mascarel constitue une communication d'un grand intérêt et par sa rareté et à raison du soin avec lequel elle a été recueillie.

Cette observation, rapprochée de celles qui ont été réunies dans un travail très bien fait dû à notre honorable secrétaire M. Demarquay, nous a vivement intéressé en ce qu'elle confirme plusieurs

des points déjà établis dans les recherches de notre collègue. M. Mascarel est disposé à croire que le cornet inférieur, dont on n'a plus retrouvé de traces dans la narine occupée par le calcul, a pu servir de noyau à ce dernier. Nous n'avons trouvé aucun exemple semblable parmi les faits analysés par M. Demarquay. Nous y avons vu qu'une racine dentaire, qu'un noyau de cerise, etc., etc., avaient pu déterminer la formation d'un calcul, mais nous n'avons pas trouvé d'exemple de concrétions formées autour d'un sequestre osseux provenant de la fosse nasale elle-même.

Observation de calcul dans les fosses nasales. — Erreur de diagnostic. — Extraction. — Guérison.

Mme Delaveau, propriétaire à Obterre, département de l'Indre, n'ayant jamais été malade, jouissait encore d'une bonne santé, lorsqu'il y a sept ans, étant entrée dans une étable, elle reçut sur le côté droit du nez un coup de corne de taureau. Ce coup, qui ne fut pas assez fort pour la terrasser, entraîna cependant un petit écoulement de sang par la narine. Elle ne consulta personne et ne fit aucun traitement.

Un mois s'était écoulé, que Mme Delaveau ressentait toujours une petite douleur dans la partie blessée, et cette douleur augmentait par la pression. Les choses étaient restées dans cet état pendant huit à dix mois, époque à laquelle un écoulement nasal plus abondant et plus fétide du côté droit que du côté gauche se manifesta. Ce fut alors que Mme Delaveau consulta un médecin, qui prescrivit des bains de vapeur aromatiques et des inspirations d'eau chaude mucilagineuse.

Plus tard, environ un an après l'accident, cette dame crut ressentir dans la narine un petit corps flottant qu'elle chercha plusieurs fois à faire saisir, mais en vain. Peu préoccupée de ce nouvel état, elle abandonna tout aux soins de la nature pendant deux ans.

Cependant l'écoulement par la narine malade continuait toujours plus abondant et plus fétide, la région nasale tout entière prenait de la tuméfaction, et cet état s'étendait jusqu'à la joue et à la paupière inférieure du même côté; le petit corps flottant dans la narine avait perdu sa mobilité, et ne la recouvrait faiblement qu'à de longs intervalles et dans les efforts d'éternument. Plusieurs

médecins furent successivement consultés, et tous se bornèrent à des moyens palliatifs et à des soins de propreté. La santé d'ailleurs était encore bonne; mais l'abondance de la suppuration, jointe à son extrême fétidité, amena progressivement le dégoût, l'amaigrissement et le marasme. Voici dans quel état nous trouvâmes cette malade le 15 juin 1850, sept ans après le coup dont nous avons parlé.

En entrant dans la chambre de la malade, accompagné du docteur Fouliou, chambre assez vaste, du reste, et bien exposée, une odeur *sui generis*, et que nous prîmes pour être celle de la gangrène, nous vint au nez. Nous apprîmes que toutes les personnes du voisinage évitaient d'approcher du lit de cette femme, tant l'odeur était repoussante. Nous eûmes la pensée, *à priori* et d'après tout ce qui nous avait été raconté, que nous nous trouvions en présence d'un *noli me tangere*, pour lequel l'art était impuissant. Cependant il fallait explorer. C'est une pauvre femme, faible, pâle, décolorée, étendue le plus souvent dans son lit, n'ayant plus ni appétit, ni sommeil, et dont toute la maladie est concentrée au milieu de la face.

Une tumeur du volume d'un petit œuf occupe le côté droit du nez, et s'étend depuis l'orifice de la narine jusqu'à la paupière inférieure du côté correspondant. Ce voile membraneux est rouge, boursouflé, et se confond, au grand angle de l'œil, avec une plus petite tumeur qui paraît être formée par la distension du sac lacrymal; il y a épiphora. Mais la principale tumeur, dont la base correspond à l'apophyse montante du maxillaire supérieur, est rouge, très douloureuse à la pression et le siége d'élancements. Deux fistules existent, l'une près le grand angle de l'œil et sans communication avec le sac lacrymal, l'autre à peu près au milieu du sillon de séparation du nez et de la joue; toutes deux laissent échapper une matière puriforme dont le contact sur la joue a produit un érythème avec excoriation. Le pourtour de la narine du côté droit et la peau de la lèvre supérieure sont également le siége d'érosions douloureuses entretenues par l'écoulement abondant et incessant d'un ichor d'un jaune grisâtre, d'une odeur *sui generis* et extrêmement repoussante. Un stylet d'argent plongé dans ce liquide est au même instant noirci par la production d'une couche de sulfure d'argent. Le même instrument, introduit d'abord par la

narine et ensuite par l'une et l'autre fistule, permet de reconnaître la présence d'un séquestre; et comme cette exploration est très douloureuse, c'est à grand'peine si on peut constater qu'il y a de la mobilité. Cependant, après des explorations successives, nous constatons facilement que le corps étranger est mobile. Dès ce moment nous concevons la possibilité d'une opération, et le 16 juillet 1850 elle est pratiquée, après avoir convenablement préparé la malade.

Opération. — L'opération fut des plus simples; après un léger débridement de la narine, une pince à pansement fut introduite dans la direction du corps étranger, qui fut saisi après quelques tâtonnements et ramené au dehors, entraînant après lui une légère hémorrhagie et une grande quantité de la matière ichoreuse dont nous avons parlé. Nous pratiquâmes de nombreuses injections d'eau tiède; celles-ci ramenaient quelques débris de la couche calcaire qui enveloppait le corps étranger. Le doigt auriculaire, introduit dans la cavité nasale, permit de constater que cette dernière était dégarnie d'une partie de la totalité du cornet inférieur et libre de toute production morbide. — Injections émollientes souvent répétées; potages gras, vin vieux étendu d'eau.

Les 17 et 18 juillet, il n'y a pas de fièvre; l'odeur infecte a beaucoup diminué, ainsi que l'écoulement; l'appétit se développe.

Les 20, 22 et 26 juillet, la malade est très satisfaite; elle reprend ses forces; les digestions s'opèrent bien; le sommeil est parfait.— Injections d'eau d'orge miellée.

Le 7 août, l'écoulement nasal prend les caractères du pus de bonne nature; les pustules sont presque taries, les deux tumeurs nasales sont affaissées, la peau a perdu sa rougeur inflammatoire; l'épiphora a cessé. La malade est dans l'état le plus satisfaisant et est entièrement rétablie à la fin du mois d'août, si ce n'est qu'elle conserve encore beaucoup de faiblesse.

Aujourd'hui, 1er septembre 1851, quatorze mois après l'opération, Mme Delaveau se porte bien, et ne conserve aucune difformité.

Description du corps étranger. — Au premier aspect, ce corps étranger ressemble à un séquestre qui aurait longtemps séjourné au milieu d'une cavité en suppuration.

Irrégulièrement hérissé de crêtes et d'aspérités, sa forme aplatie

permet de lui considérer deux faces et quatre bords. Son poids est de 7 grammes 1 décigramme; son plus grand diamètre est de plus de 3 centimètres. De ses deux faces, l'une est plane et sillonnée par de petites aspérités ; l'autre, opposée à la première, est beaucoup plus irrégulière et surmontée de deux éminences ; l'une plus petite, à facettes anfractueuses, et partant raboteuse ; l'autre se détache en forme de promontoire au-dessus de la première, et est comme criblée d'une multitude de petites stalactites qui paraissent reposer dans un tissu spongieux et dur. La couleur de ces éminences est d'un gris sale, le reste du calcul est jaunâtre et d'un jaune d'ocre sur l'un de ses bords. Deux de ceux-ci seulement se rencontrent à angle droit ; les deux autres se confondent en deux ou trois lamelles, comme tranchantes, jaunâtres et grisâtres, irrégulièrement découpées et hérissées de petites stalactites.

Sous la couche jaune et grise qui enveloppe le calcul, couche corticale d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur, et qui s'écaille sous la pression d'une pince à pansement, se trouvent plusieurs couches successives et concentriques qui deviennent tout à fait blanches, puis couleur de café non torréfié, et enfin, au centre, présentent un aspect lamellaire comme raréfié et d'une couleur plus foncée.

En pratiquant un trait de scie suivant l'un des diamètres, on trouve que la couche corticale se laisse facilement pénétrer, puis la scie pénètre plus difficilement en se rapprochant de ces lamelles que nous avons décrites. Au reste, le calcul se casse aisément, et il est impossible de reconnaître, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, aucun rudiment de substance osseuse. Désirant conserver cette pièce dans son intégrité, nous nous sommes abstenu de la soumettre à l'analyse chimique.

Réflexions. — D'après les détails dans lesquels nous sommes entré en commençant le récit de cette observation et d'après la nature de la cause (choc extérieur), on est conduit à admettre que le coup de corne de taureau porté sur l'un des côtés du nez de Mme Delaveau a pu et dû provoquer la formation d'un séquestre dans les fosses nasales, séquestre formé probablement aux dépens de l'un des cornets, l'inférieur; car celui-ci n'a pu être retrouvé après l'opération. Ce séquestre, tout spongieux, sera devenu le noyau d'un calcul qui, dans l'espace de six à sept ans, a pris les

proportions que nous avons indiquées. C'est un fait nouveau à ajouter à ceux que M. Demarquay a recueillis, et dont il a publié une note dans les *Annales de la Chirurgie française.*

Ce fait nous a paru intéressant au sujet des erreurs de diagnostic auxquelles il a donné lieu; erreurs commises sans doute en grande partie par l'odeur *sui generis* extrêmement fétide dont était accompagnée l'abondante suppuration qui se faisait à la fois et par les fistules, et surtout par la narine du côté droit.

De tels désordres avaient donné lieu à une fièvre de consomption et qui semblait conduire promptement la malade au tombeau, lorsque, l'extraction du corps étranger une fois faite, tous les graves accidents s'arrêtèrent et l'équilibre de la santé se rétablit peu à peu. Il y a maintenant plus de quatorze mois que l'opération a été faite, et rien d'anormal ne s'est présenté ni dans l'état général, ni dans les fosses nasales.

Si les praticiens de la province sont bien moins placés que ceux des capitales pour recueillir et rassembler des faits plus ou moins assimilables, il est vrai de dire aussi que les premiers ont le précieux avantage d'avoir presque toujours leurs malades sous les yeux, de les connaître souvent depuis longtemps et même depuis l'enfance, et, dès lors, de pouvoir recueillir des données complètes et entières sur les causes, la marche, la terminaison immédiate et éloignée de leurs maladies.

Observation de corps étranger (une pipe) avalé par un malade, qui a déterminé des accidents graves, et a causé la mort cinq jours après avoir été rendu avec les selles; par M. Gosselin.

Les annales de la science ne renferment, à ma connaissance, aucune observation dans laquelle un corps étranger ait été retiré de l'intestin grêle par une entérotomie. Hévin rapporte bien, dans son mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage, trois cas dans lesquels un couteau a été retiré avec succès de l'estomac par l'opération de la gastrotomie. Il conseille l'entérotomie, sans en citer aucun exemple, pour les cas dans lesquels un corps étranger se serait arrêté dans l'intestin grêle au lieu de s'arrêter dans l'estomac. Boyer donne le même conseil, sans citer non plus de fait à l'appui. L'un et l'autre, d'ailleurs, ne donnent d'autres signes, pour reconnaître la véritable situation du corps étranger, que la douleur

à la pression et parfois une saillie anormale ; ni l'un, ni l'autre n'indiquent à quel moment l'on ne doit plus compter sur l'issue spontanée du corps étranger, et l'on peut se décider à l'opération grave de l'entérotomie.

Dans l'observation qu'on va lire, j'ai été sur le point de pratiquer cette opération; le corps étranger avait été avalé depuis plus d'un mois, les accidents étaient graves, la mort était imminente. Seulement je ne pouvais déterminer si le corps étranger était encore dans l'estomac ou s'il était arrêté dans l'intestin grêle ; je ne sentais nulle part de saillie anormale, et la pression n'éveillait pas de douleurs en un point fixe. J'eus recours alors à la percussion plessimétrique, à l'aide de laquelle je crois avoir reconnu à deux reprises différentes le corps étranger dans la région iliaque droite. Je me serais déterminé sans hésitation à me laisser guider par cette exploration si, le jour même où je l'avais faite, ce corps n'avait été expulsé spontanément. Malgré cette issue, la mort eut lieu quelques jours après : sous ce rapport, le fait me paraît encore digne de l'attention de la Société de chirurgie.

Jannot (François), âgé de quarante et un ans, terrassier, d'une taille et d'une force ordinaires, mais d'une santé habituellement très bonne, s'était imaginé, depuis une dizaine d'années, de parier de temps à autre avec ses camarades qu'il avalerait sans être incommodé divers corps étrangers. Il s'était ingéré une fois une pièce de cinq francs ; plus tard, une petite cuiller à café ; une autre fois, un couteau fermé. Ces objets avaient passé sans occasionner d'accidents, et avaient été rejetés par l'anus deux ou trois jours après.

Fort de cet antécédent, Jannot parie, le 27 juillet 1851, qu'il avalerait une pipe avec laquelle il avait déjà fumé quatre ou cinq fois. Le pari (consistant en une pièce de 2 francs) est tenu, la pipe est ingérée. Dès le lendemain, le malade est pris de coliques, de vomissements, de diarrhée, d'insomnie. Il entre pendant quelques jours à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, qu'il habitait. Malgré les soins éclairés qui lui furent prodigués, il continua à souffrir ; les vomissements de matière bilieuse revenaient cinq, six ou sept fois chaque jour : il y avait sept ou huit garde-robes liquides. Une fièvre continue, une sécheresse habituelle de la peau, une perte complète d'appétit, l'insomnie s'ajoutèrent aux symptômes précé-

demment indiqués, et ne tardèrent pas à amener un amaigrissement et un dépérissement des plus prononcés.

Dans cette situation, le malade se décide à venir réclamer les secours de la chirurgie à Paris, et se fait amener à l'Hôtel-Dieu le 30 août, trente-quatre jours après l'ingestion du corps étranger. On le couche dans le service de M. Roux, que je remplaçais en ce moment (salle Sainte-Marthe, 13).

Le lendemain, 1er septembre, nous constatons les symptômes suivants :

Vomissements bilieux toutes les cinq ou six heures; quatre à cinq garde-robes, quelquefois plus, tous les jours. La langue est rouge et sèche: soif continuelle; pouls faible et à 110, peau chaude; amaigrissement, perte des forces; le facies exprime la souffrance et rappelle celui des individus minés par la phthisie. Le malade ne peut sortir de son lit, il lui serait impossible de se tenir sur ses jambes.

J'explore avec la main la paroi abdominale, qui se laisse très facilement déprimer, à cause de l'extrême maigreur du malade. Je ne trouve nulle part de résistance qui paraisse indiquer la présence du corps étranger; je ne détermine en aucun point de douleur vive. Je reste, en conséquence, dans l'incertitude sur la question de savoir si le corps étranger a franchi ou non l'estomac, et je prescris de l'eau de riz, des lavements de tannin, du diascordium.

Le 2, à la visite du matin, même état. Je questionne et j'explore attentivement pour savoir si la prostration est due réellement à la gastro-entérite provoquée par la pipe, et s'il n'y aurait pas quelque autre lésion ; je n'en trouve aucune. Je m'assure bien, en particulier, que cet individu n'est point phthisique. Je songe alors à une opération ; mais je suis arrêté par l'ignorance dans laquelle je me trouve sur le siége du corps étranger. Je n'avais pas de plessimètre; la percussion avec le doigt ne m'indique rien. Je reviens le soir, à quatre heures, muni du plessimètre, et je constate et fais constater aux élèves qui m'accompagnaient une matité très marquée dans la région iliaque droite ; cette matité se dirigeait transversalement dans la direction de la fin de l'iléon. Je répète plusieurs fois la percussion sur ce point et sur les parties voisines comparativement, et je trouve toujours la même chose. Je pense dès lors que le corps étranger est à la fin de l'intestin grêle, et je me promets, s'il ne

sort pas d'ici à deux ou trois jours, et si la percussion m'indique qu'il reste à la même place, de prendre l'avis de M. Roux, celui de quelques-uns de nos collègues, et, si mon opinion est adoptée, d'inciser la paroi abdominale et d'aller à la recherche du corps étranger.

Le lendemain 3, à la visite du matin, je fais de nouveau la percussion plessimétrique, et je ne trouve plus la matité qui était si évidente la veille au soir. Je pense dès lors que le corps étranger s'est déplacé; en effet, il est rendu à trois heures de l'après-midi, au milieu d'une garde-robe liquide, et sans provoquer de douleur à l'anus.

Nécropsie. — Du côté du ventre, péritonite générale extrêmement légère, mais intense sur la face convexe du foie, et occupant les deux tiers à peu près de cette face, avec fausses membranes et épaississement de la capsule de Glisson au niveau du siége de la lésion; rien du côté du foie.

Du côté du tube digestif, les lésions ne sont point celles que l'on rencontre dans les cas d'ingesta. La muqueuse intestinale est à peine grisâtre. Du côté de l'estomac, on trouve deux points légèrement rougeâtres; dans l'intestin grêle, deux ou trois points rougeâtres et comme villeux. Enfin, le colon présente, au niveau de la réunion ascendante et transverse, des ulcérations récentes; dans la troisième portion, des ulcérations dont les unes sont récentes et dont les autres, déjà en voie de cicatrisation, semblent appartenir à des lésions antérieures et occupent surtout la partie inférieure.

La plèvre du côté droit était le siége d'un épanchement qui occupait la gouttière costo-diaphragmatique et d'une inflammation qui pouvait tenir soit au voisinage de la péritonite sous-diaphragmatique, ou bien encore à la sympathie qui existe entre les affections des séreuses. Enfin, le lobe inférieur du poumon du côté droit présentait les traces d'une pneumonie au second degré commençante, et trois cavités qui, à l'aspect de leurs parois irrégulières non tapissées de membranes pyogéniques, avaient dû contenir un liquide de couleur lie-de-vin. Enfin, du côté du cœur, épanchement peu abondant dans le péricarde, dont les parois, nullement altérées, semblaient indiquer qu'il appartenait à une lésion ancienne, plaque laiteuse occupant le sommet et la partie postérieure du sac séreux.

Cavité crânienne. — L'autopsie n'a pas été faite.

Discussion.

M. Chassaignac ne voit pas dans le fait rapporté par M. Gosselin une indication à la gastrotomie. Pour qu'il y eût indication, il faudrait, suivant lui :

1° Avoir constaté l'impossibilité où serait le malade de rejeter le corps étranger au dehors ;

2° Et un obstacle complet au cours des matières.

M. Gosselin. On ne peut être amené à pratiquer la gastrotomie que par la gravité des accidents et par la certitude de trouver le corps étranger. Si, dans le cas actuel, j'avais pu pratiquer la gastrotomie, j'aurais peut-être arrêté les accidents et prévenu la mort du malade.

Anatomie pathologique—Carie du temporal. Lésions consécutives du cerveau et des vaisseaux du crâne.

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique très remarquable.

Une femme âgée de cinquante ans entra le 26 septembre 1851 dans le service de M. Huguier pour se faire soigner d'un mal d'oreille datant de deux ans.

L'oreille droite était le siége d'un gonflement considérable, et laissait écouler en abondance un pus très fétide. Le conduit auditif externe était détruit ; la conque était remplie de fongosités molles et saignantes. La malade était de plus affectée d'une paralysie de la face. Point de paralysie des membres ; intelligence obtuse.

Deux jours après son admission à l'hôpital, M. Huguier retira de l'oreille malade un corps mollasse qu'il reconnut être l'extrémité d'une sonde que la malade s'était introduite pour empêcher son oreille de se fermer. Ce morceau de sonde, en caoutchouc, avait une longueur de 2 centimètres.

Le 5 octobre, il se fit une hémorrhagie abondante par l'oreille. Elle se reproduisit le 7 au matin.

Mort dans la journée.

Autopsie, faite avec soin par M. Huguier.

Le cerveau, au niveau de la fosse temporale droite, présente une teinte gris-noirâtre et est ramolli, comme putréfié. Le temporal,

troué, laisse passer une partie du cerveau; le cervelet passe également en partie à travers la perforation du rocher, presque entièrement détruit par la carie. La substance cérébrale, ramollie et détruite au niveau du ventricule latéral, a laissé une certaine quantité de sang passer dans ce ventricule, et de là dans tous les autres ventricules cérébraux. Le sang avait été fourni par l'ulcération des sinus pétreux inférieur et supérieur et par le golfe de la veine jugulaire, largement ouverte en arrière.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 21 *octobre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société a reçu un travail de M. Laforgue, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Dans ce travail intéressant, M. Laforgue, après s'être livré à quelques considérations sur les hydatides en général, rapporte une observation curieuse d'hydatide du foie guérie par une opération chirurgicale.

Fracture comminutive de l'humérus par un coup de feu. — Hémorrhagies consécutives. — Désarticulation scapulo-humérale.

M. LARREY a reçu d'un jeune chirurgien de l'armée d'Afrique, le docteur Sistach, une observation de plaie d'arme à feu dont il donne une analyse succincte.

Il s'agit d'une fracture grave de l'humérus par une balle, qui, extraite aussitôt, se trouva divisée en trois fragments. Les fatigues du transport et les émotions de la guerre ne permirent des soins réguliers qu'au septième jour de la blessure. Elle offrait trois plaies au bras, dont deux par contre-ouverture, une fracture comminutive de l'humérus avec saillie des fragments sous la peau et une tuméfaction considérable.

M. Lebas, chirurgien en chef de l'hôpital de Djidjeli, tenta vai-

nement la conservation du membre. Deux hémorrhagies consécutives nécessitèrent la désarticulation du bras, qui fut faite d'après le procédé de Larrey sous l'influence du chloroforme. On réunit la plaie par première intention ; les forces, très affaiblies, se rétablirent graduellement, et la cicatrisation définitive au quarante-cinquième jour permit à l'amputé de sortir de l'hôpital deux mois après sa blessure.

La source de l'hémorrhagie parut provenir de l'humérale profonde, érodée par l'un des nombreux fragments osseux qui avaient intéressé l'humérus dans toute l'étendue de son tiers supérieur.

L'auteur de cette observation y joint quelques réflexions judicieuses : d'abord sur les hémorrhagies qui compliquent les plaies d'armes à feu et sont bien plus souvent primitives que consécutives, contre l'opinion généralement établie.

Ainsi, d'après M. Sistach, sur 350 blessés reçus à Djidjeli en mai 1851, on n'a observé que 2 cas d'hémorrhagie consécutive. Il se rappelle avoir vu des résultats analogues au Val-de-Grâce en février et juin 1848.

Il apprécie ensuite la valeur des amputations promptement faites plutôt que différées eu égard aux conditions mêmes dans lesquelles se produisent les hémorrhagies.

Il aurait pu, enfin, à ce double point de vue, rappeler l'important précepte de l'extraction immédiate des esquilles mobiles susceptibles de déterminer des hémorrhagies par érosion et de nécessiter l'amputation consécutive.

Rapport.

M. Giraldès. Messieurs, vous avez chargé MM. Larrey, Demarquay et moi de vous rendre compte du travail que vous a adressé M. Birkett, de Londres, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Ce travail, messieurs, comprend trois observations d'hématurie traumatique suivie de guérison. Cette maladie était occasionnée par une contusion violente de la région lombaire et des flancs.

La première observation a pour sujet un jeune homme âgé de dix-neuf ans, qui est tombé du haut d'un toit qui s'écroulait; dans sa chute, il reçut une violente contusion dans la région lombaire et se fractura la mâchoire inférieure.

La deuxième observation a pour sujet un homme de trente-sept ans qui tomba à la renverse sur une poutre.

Enfin, la troisième observation a rapport à un jeune garçon de quinze ans, qui en courant tomba sur un bloc de granit.

Dans ces trois cas, la contusion s'est faite sur des corps arrondis et durs, et dans un cas la chute d'un lieu élevé a dû ajouter à l'intensité du choc celle de la gravité de la blessure ; la nature des corps contondants et l'intensité du choc ont produit une lésion plus ou moins profonde et donné lieu à des accidents primitifs et consécutifs d'une gravité différente.

Dans ces faits, on a observé la série de symptômes qui accompagnent souvent les lésions violentes de l'abdomen, à savoir : douleurs et anxiété, perte de connaissance, sueurs froides, petitesse du pouls, pâleur et constriction du visage, diminution dans la chaleur naturelle des extrémités.

Je viens, messieurs, de vous présenter le résumé des trois observations d'hématurie traumatique qui vous ont été adressées par M. Birkett.

Ces faits, comme vous pouvez le voir, présentent un certain intérêt pour l'histoire des blessures des reins. Ils viennent montrer que dans beaucoup de cas ces organes, quoique placés dans une région profonde, peuvent être atteints par une contusion violente de la région lombaire sans que l'organe tégumentaire présente la moindre trace de violence extérieure. Dans ce cas, le rein aussi bien que le poumon, le cœur, le foie, les intestins, la vessie et même la veine-cave peuvent être contus, lacérés par des pressions, des chocs violents sans qu'on puisse constater une lésion bien remarquable de l'organe tégumentaire.

Au point de vue clinique, cette circonstance est d'une grande valeur; car elle fait sentir combien le chirurgien, dans des cas de cette nature, doit tenir compte des symptômes généraux ou locaux qui se manifestent s'il veut arriver à établir un diagnostic précis et à instituer un traitement convenable.

Dans les trois faits d'hématurie dont nous venons de donner le résumé, l'hémorrhagie a suivi de très près la contusion de la région lombaire; elle n'a pu être produite que par une contusion des reins.

L'auteur de ces observations s'abstient de toute remarque à cet

égard, et il se borne à relater les faits, à exposer la série des symptômes qui se sont développés, sans déduire de ces faits aucune conséquence.

Cette méthode, d'exposer les observations débarrassées de toute remarque touchant le diagnostic ou le traitement, est celle qui est suivie en général par la majorité des chirurgiens anglais. On ne saurait donc adresser aucun reproche à M. Birkett, et les critiques qu'on pourrait opposer à cette manière de procéder incombent plutôt à l'école à laquelle il appartient.

Votre commission a pensé qu'il était de son devoir de vous faire connaître la valeur scientifique du chirurgien qui sollicite vos suffrages.

M. Birkett se présente dans les meilleures conditions possibles. Ce chirurgien est auteur d'un mémoire couronné en 1848 par le Collége royal des chirurgiens d'Angleterre ; cette monographie porte pour titre : *Des maladies du sein et de leur traitement.* Ce travail, de 250 pages, accompagné de onze planches, renferme des détails importants sur les kystes et sur les tumeurs hypertrophiques de la glande mammaire. Dans ce moment, il s'occupe de la composition d'un autre travail qui doit servir de complément au premier, une *Monographie des kystes de la région mammaire.*

M. Birkett, depuis 1849, occupe la position importante de chirurgien adjoint d'un des premiers hôpitaux de Londres ; il est aujourd'hui le premier chirurgien adjoint de Guy's Hospital. Il occupe également, à l'Ecole de médecine de Guy's Hospital, la place de professeur d'anatomie.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° Le dépôt aux archives des observations de M. Birkett ;

2° D'accorder le titre de membre correspondant à M. John Birkett, chirurgien adjoint de Guy's Hospital.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Birkett est nommé membre correspondant.

Communications.

M. le professeur Sédillot assiste à la séance. Invité par M. le président à faire quelques communications, il s'exprime dans les termes suivants :

Messieurs,

J'ai voulu profiter de mon séjour à Paris pour assister à une de vos séances. Je lis comme tous les chirurgiens vos travaux avec le plus grand intérêt, et, puisque vous le désirez, j'attirerai un instant votre attention sur quelques points de chirurgie dont je me suis dernièrement occupé.

Comme la plupart des chirurgiens, j'ai longtemps mis en doute l'action des liquides hémostatiqnes; mais aujonrd'hui je suis convaincu de la possibilité d'en tirer un parti avantageux, et il m'a été démontré que l'eau de M. Pagliari, de Rome, jouissait d'une véritable efficacité.

J'ai annoncé dans un mémoire sur ce sujet, adressé à l'Académie des sciences, que je continuerais ces recherches, et je suis dès à présent en mesure de faire connaître la composition du liquide hémostatique de M. Pagliari, qui me l'a révélé avec une libéralité scientifique digne des plus grands éloges.

On sait combien les hémorrhagies consécutives sont dangereuses ; la ligature des artères au-dessus du point où elles ont été déjà entourées d'un fil amène fréquemment, sous l'influence des mêmes prédispositions organiques, les mêmes accidents, et les malades finissent par succomber.

Les hémostatiques préviendraient ce fâcheux résultat, et je connais des exemples de succès obtenus dans des conditions analogues par l'emploi de la poudre de *Matico*, arrosée avec la décoction de la même substance.

On a répété que la physiologie et l'anatomie pathologique ne permettaient pas d'admettre l'action des liquides hémostatiques; c'est, je crois, une grande erreur. Les hémorrhagies s'arrêtent par suite d'un caillot obturateur et de l'occlusion secondaire des artères. Supposez un liquide capable de solidifier rapidement le sang et de le faire adhérer aux tissus environnants, et vous aurez un agent hémostatique d'une incontestable efficacité.

Je publierai très prochainement, au reste, la deuxième partie de mon mémoire, et j'aurai l'honneur de l'adresser à la Société.

Depuis qne l'usage des anesthésiques a été introduit dans la pratique chirurgicale, des communications nombreuses ont été faites à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine ; des commis-

sions ont été nommées pour examiner tous les travaux qui ont été adressés à ces corps savants. Jusqu'à ce jour aucun rapport n'a été fait; il pourrait être réservé à la Société de chirurgie, composée de praticiens instruits et distingués, d'évoquer la question et de la juger au point de vue pratique. Si j'en crois un journal de médecine et ce que j'ai vu, un grand nombre de nos confrères emploient le chloroforme de telle façon qu'il cesse d'être utile au malade et au chirurgien, sous le prétexte d'éviter les dangers qui peuvent être attachés à l'anesthésie complète. Dans une lettre adressée à M. Amédée Latour, je me suis inscrit en faux contre cette doctrine, et je n'ai pas craint d'avancer que cet agent, convenablement administré à l'état de pureté, ne tue jamais, l'action en fût-elle longtemps prolongée.

J'ai pu le donner sans danger pendant deux heures; et, en Angleterre, M. Sympson l'a administré pendant vingt-quatre heures, et a trouvé des imitateurs. Quand le chloroforme détermine des accidents, c'est qu'il est impur ou qu'il a été mal administré.

Les malades ne se soumettent pas à une opération et à l'action du chloroforme sans une vive anxiété; il faut les rassurer, agir avec lenteur et les habituer à l'odeur des anesthésiques. En versant quelques gouttes seulement de chloroforme sur le mouchoir dont je me sers, et le maintenant à une certaine distance du malade, on voit ce dernier se calmer peu à peu; la respiration, ordinairement précipitée par la crainte, se régularise; on évite la toux et les spasmes, et lorsque la confiance a reparu, on imbibe largement le mouchoir et l'on précipite l'anesthésie.

Nous jugeons dangereux de forcer le malade à respirer seulement par la bouche, parce que nous avons rencontré plusieurs personnes dont la respiration devenait extrêmement gênée dès qu'on interceptait le passage de l'air dans les narines, et cette gêne aurait certainement été portée à un degré dangereux si à cette cause on eût encore ajouté l'irritation et le spasme, résultant souvent des vapeurs chloroformiques.

Nous évitons généralement la période d'excitation, qui nous a paru plus fréquente chez les hommes adonnés aux boissons alcooliques.

J'attends toujours, pour commencer les opérations, que la réso-

lution musculaire soit obtenue et que les malades n'exécutent aucun mouvement sous l'action des instruments.

Agir autrement me paraît irrationnel, car on se prive du plus grand bénéfice des anesthésiques, l'immobilité des opérés, et l'on ne se met pas à l'abri des accidents, puisqu'on a vu la mort survenir dès les premières aspirations de chloroforme.

Si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, j'appellerais un instant son attention sur l'urétrotomie périnéale. Cette opération, jadis employée, disparut en quelque sorte en France sous l'influence des travaux de Chopart. Il n'en est pas de même en Angleterre, où actuellement elle est souvent pratiquée non-seulement pour guérir les rétrécissements durs, calleux, infranchissables, mais pour la cure des rétrécissements dilatables. M. Syme s'est déclaré partisan de cette manière de traiter les rétrécissements. Je crois qu'on adoptera en partie cette méthode, en la restreignant aux rétrécissements inextensibles et à ceux que l'on ne parvient pas à franchir. J'en ai obtenu dans de pareils cas de très beaux succès.

Voici le résumé de deux observations.

PREMIER FAIT. — M. X..., capitaine, âgé de quarante-sept ans, a été sondé à Lyon pour la dernière fois en 1840. Depuis six ans il n'urine plus qu'avec les plus grandes difficultés. Toutes les tentatives de cathétérisme faites depuis quatre mois avec des bougies tordues ou non, avec ou sans chloroforme, ont été infructueuses, quoique renouvelées par plusieurs personnes. L'urine est purulente et ne coule plus que goutte à goutte, chassée de derrière en avant par la main du malade en comprimant le périnée.

Opération le 11 *juillet* 1851. — L'opération a duré une heure et un quart. Le 25 août, la plaie du périnée est complétement fermée, et le malade urine depuis ce moment avec la plus grande facilité. Les sondes Mayor nos 3 et 4 traversent le canal au niveau de l'incision périnéale sans y rencontrer d'obstacle. La fièvre a disparu, l'embonpoint renaît, et après quinze jours d'intervalle la sonde a traversé le canal sans difficulté.

SECOND FAIT. — Un pharmacien suisse, âgé de quarante-huit ans, atteint depuis 1835 d'un rétrécissement, et depuis une année d'une fistule urinaire, a été sondé avec avantage en 1836 par M. Wurtzer, de Bonn; cautérisé en 1851 par M. Fraenkel, d'Alberfeld. Je

l'opère le 22 juillet 1851. Le malade, qui n'avait pu être sondé depuis plusieurs mois, était parvenu à introduire dans le rétrécissement une bougie filiforme, et je profitai de cette heureuse circonstance pour pratiquer l'opération de la boutonnière. Le malade est resté complétement privé de sensibilité et de mouvement pendant une heure cinq minutes; 128 grammes de chloroforme ont été consommés; aucun accident n'entrave la cure, qui est complète le 20 août. A cette époque la fistule est fermée, et le canal reçoit librement les sondes Mayor n°s 3 et 4. Le malade quitte Strasbourg le 2 septembre complétement guéri.

L'opération de la boutonnière présente de grandes difficultés quand l'urètre est imperméable, comme cela existait chez notre premier malade. Pour détruire le rétrécissement qui existait vers la région du bulbe, j'ai dû fendre cet organe sans inconvénient; et pour ne pas perdre la partie de l'urètre qui était continue avec la partie antérieure du rétrécissement, je maintins les lèvres du canal écartées avec de petites pinces érignes, et un jet d'eau fut poussé de manière à bien apercevoir les tissus. Je parvins aussi à introduire l'extrémité très mince d'un stylet cannelé en argent, sur lequel je fendis l'obstacle. Je portai alors un second stylet dans l'urètre pour me servir de conducteur. Je fis glisser entre eux une sonde en gomme élastique dans la vessie, et m'étant assuré de la liberté du passage, je retirai la sonde et en engageai une très grosse à courbure fixe par l'orifice de l'urètre. Le bout de l'instrument apparut bientôt à la plaie périnéale; engagé entre les deux conducteurs métalliques laissés dans la partie postérieure de l'urètre, je le fis parvenir sans difficulté dans la vessie.

On voit que les stylets d'argent dont je fis usage remplacèrent dans ce cas les conducteurs mâle et femelle que les anciens employaient dans l'opération de la taille. Si l'on ne découvrait pas l'orifice du rétrécissement, il faudrait ouvrir l'urètre en arrière, en se guidant sur le bord antérieur de la prostate; mais c'est une véritable complication.

Discussion.

M. Maisonneuve. Je crois que M. Sédillot a été mal renseigné relativement à l'emploi du chloroforme, au moins à Paris. Il est vrai qu'ici plusieurs chirurgiens haut placés se hâtent d'opérer

avant que le malade soit arrivé à la période de résolution, se laissant effrayer par les spasmes et l'agitation qui surviennent chez tous ou presque tous les malades pendant la première période de la chloroformisation. Quant à moi, je crois qu'il ne faut opérer que lorsque cette première période est passée et que les malades respirent largement. C'est d'ailleurs, je le sais, la pratique généralement suivie par la Société de chirurgie.

M. Sédillot. C'est avec une grande satisfaction que j'entends M. Maisonneuve se déclarer partisan de l'anesthésie complète; mais je crois qu'il n'a pas accordé assez d'importance aux nombreuses dissidences qui se sont révélées à cet égard. Un des dangers que j'avais annoncés est arrivé, et l'on a vu dans un hôpital un amputé du bras s'échapper des mains des chirurgiens avant la ligature des artères, et il fallut le poursuivre et le saisir pour achever l'opération.

Je nie que la période d'irritation se montre chez tous les malades, ou chez la plupart des malades. L'excitation signalée par M. Maisonneuve survient plus particulièrement, il est vrai, chez les hommes habitués aux alcooliques.

M. Chassaignac. Je n'applique l'instrument tranchant sur des tissus vivants qu'autant que la chloroformisation est complète. J'ai soin que le chloroforme que j'emploie soit pur; j'attache surtout, pendant la chloroformisation, une grande importance au pouls. Je n'ai point examiné la respiration avec autant de soin que M. Sédillot. Je préfère faire respirer les malades par les narines plutôt que par la bouche. Je crois que de la sorte l'action du chloroforme est plus prompte et que le malade est plus à l'abri des spasmes.

M. Sédillot. La période d'excitation, ainsi que je le disais il y a un instant, manque le plus souvent; mais lorsqu'elle survient, il faut néanmoins continuer l'action du chloroforme, mais avec beaucoup de prudence. On peut, dans quelques cas, amener la résolution en faisant faire quelques larges inspirations si la respiration n'est pas gênée; autrement il est plus prudent d'attendre un moment et de reprendre la chloroformisation quand l'agitation commence à cesser.

M. Guersant. J'emploie beaucoup le chloroforme chez les enfants, soit comme moyen d'examen, de diagnostic, soit dans le but d'amener l'insensibilité nécessaire aux opérations. Je vois très rare-

ment la période d'excitation survenir, et je n'opère, comme la plupart de mes collègues, que lorsque l'insensibilité est complète.

M. Forget. Je m'élève contre la formule trop générale de M. Sédillot. Le chloroforme ne tue jamais. Cette formule est en opposition avec les faits. Pour être admis à dire que l'on peut donner le chloroforme sans danger, il faudrait pouvoir donner la mesure de l'agent anesthésique que l'on peut administrer à chaque individu en raison de son idiosyncrasie. Malgré la pureté du chloroforme, il peut arriver des accidents, et je citerai tout de suite ce qui récemment est arrivé à M. Rigaud, qui pratique la chirurgie sur le même terrain que M. Sédillot, et qui emploie le même chloroforme. Peut-on opérer, dans la période d'excitation, avant que l'éthérisation soit complète ? Les expériences physiologiques qui démontrent qu'à cette époque la sensibilité est abolie répondent d'une manière affirmative. M. Velpeau, M. Simonin, d'autres chirurgiens et moi-même avons opéré durant cette période sans danger pour le malade.

M. Sédillot. La formule par laquelle j'exprime ma pensée relativement à l'application du chloroforme me paraissait trop inattaquable, puisqu'elle comprend les questions de durée et d'indication. On parle de la durée de l'emploi de l'agent anesthésique ; mais cette durée est indéterminée. Tant que l'individu respire bien, le chloroforme peut être donné. On me dit encore, on tue avec le chloroforme. Sans doute on tue ; mais ce n'est pas le chloroforme qui donne ce triste résultat, c'est sa mauvaise application. Les expériences physiologiques auxquelles on faisait allusion ont sans doute beaucoup de valeur ; mais il ne me paraît pas inutile de rappeler que la clinique, dans des sujets de ce genre, est le dernier terme de l'observation, et que ses expériences l'emportent sur celles pratiquées sur des animaux.

Quant aux accidents relatés par un de mes collègues, je ne pourrais ni ne voudrais avoir à m'en occuper.

J'ai publié dans mon mémoire l'observation d'un malade qui avait été en danger de succomber ; mais dans ce cas le chloroforme fut mal administré. C'est assez dire que d'autres que moi ont dû rencontrer de pareils faits.

Doit-on opérer un malade pendant la période d'excitation, quand l'individu crie, chante, s'agite ? Eh bien, non. Le chloroforme ainsi

appliqué perd ses deux avantages ; l'immobilité et l'insensibilité complète, résultats immédiats d'une bonne chloroformisation. Autrefois, à cause de la douleur, le chirurgien sacrifiait un peu la sûreté à la dextérité ; maintenant c'est la dextérité qu'il faut sacrifier à la sûreté. L'emploi du chloroforme permet au chirurgien de pratiquer des opérations qu'il ne faisait point autrefois. Mais c'est à la condition d'obtenir un repos et une immobilité complets qui permettent au chirurgien d'agir avec une grande sûreté.

M. Huguier. Au point de vue médico-légal, la proposition de M. Sédillot peut être la source de graves inconvénients pour le chirurgien, si l'on admet que le chloroforme ne tue jamais; car, comme des accidents mortels sont survenus et qu'ils peuvent se reproduire, il en résulte que le chirurgien sera poursuivi et souvent condamné. La question du chloroforme n'est point encore complétement jugée ; les chirurgiens ne sont d'accord ni sur la manière de l'administrer, ni sur la dose, ni sur la durée de son application. Eh bien! en présence de ces incertitudes, doit-on toujours pousser l'administration des anesthésiques jusqu'à la résolution? Sans doute il importe souvent de le faire ; mais à quoi bon aller si loin lorsque l'opération est facile et ne doit durer qu'un instant ?

M. Giraldès. Les accidents qui surviennent pendant l'anesthésie peuvent être rapportés au chloroforme et à son mode d'administration.

Depuis que je suis les règles de chloroformisation indiquées par le professeur de Strasbourg, je vois moins souvent survenir la période d'excitation. Je suis parfaitement de l'avis de M. Sédillot, qu'il ne faut point opérer pendant cette période. Les malades s'agitent, s'échappent, et, tout en courant de graves dangers eux-mêmes, peuvent compromettre le chirurgien.

M. Sédillot. Je n'admets pas qu'une question judiciaire puisse être opposée à la vérité. Nous nous trompons tous, et le plus sage est celui qui fait le moins de fautes. La magistrature, en France, sait, en général, sainement juger les cas qui lui sont soumis, et il ne faut peut-être pas que les hommes de l'art soient absolument libres de tout faire sans aucune responsabilité. J'ajoute, en terminant, que jamais je n'ai vu de malade réfractaire au chloroforme, et qu'il ne m'est jamais arrivé d'accident.

Cette discussion, dans laquelle la plupart des membres de la Société se sont hautement déclarés les partisans de l'anesthésie complète, aura, j'espère, une heureuse influence sur la pratique chirurgicale, en lui inspirant plus de sécurité et en la ramenant aux conditions rationnelles et efficaces de l'emploi des anesthésiques.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 29 *octobre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. MASCAREL, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse une lettre à la Société de chirurgie et la remercie du titre de membre correspondant qui lui a été accordé.

M. BIRKETT, chirurgien de Guy's Hospital, adresse les mêmes remercîments.

Hématocèle.

M. CHASSAIGNAC présente un malade atteint d'hématocèle et qui doit être opéré incessamment. C'est pour cette dernière raison que M. Chassaignac désirait demander les conseils de ses collègues au sujet de la particularité suivante : Le testicule, au lieu de faire corps avec la tumeur, qui est fluctuante et très ferme, en est distinct et se meut évidemment dans la tunique vaginale ou dans une portion de tunique vaginale indépendante de l'hématocèle.

Exophthalmie.

M. CHASSAIGNAC avait présenté dans la dernière séance une jeune femme atteinte d'exophthalmie due à la présence d'une tumeur placée tout entière à l'intérieur de l'orbite et paraissant en occuper la partie inférieure. L'œil avait conservé tous ses mouvements, sauf un peu de diminution dans le mouvement d'abaissement. Les sensations visuelles, quoique considérablement affaiblies, n'étaient pas complétement éteintes. Cependant l'exorbitisme était tellement avancé que le muscle orbiculaire se contractait non plus en avant

comme à l'état normal, mais en arrière du globe, qu'il tendait à expulser plus complétement encore.

Cette jeune femme a été opérée hier. La tumeur, qui s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été extraite en totalité au moyen de résections partielles, qui en ont amené la sortie en trois fragments, dont l'ensemble présente un volume un peu plus considérable que celui d'un testicule d'adulte.

M. Lebert. J'ai examiné avec grand soin la tumeur qui m'a été remise par M. Chassaignac; elle est formée d'une enveloppe fibreuse qui envoie des prolongements au centre de la tumeur. Le parenchyme est formé d'une substance grenue, analogue au pancréas. A l'examen microscopique, on constate des vésicules hypertrophiées qui m'ont paru être les vésicules de la glande lacrymale elle-même. Tout me porte à croire que la tumeur que j'ai examinée est formée par l'hypertrophie du lobule supérieur de la glande lacrymale.

M. Demarquay. Nous devons regretter à bien des titres que M. Robert soit éloigné de nos séances; il aurait eu, à propos de l'observation de M. Lebert, des considérations intéressantes à présenter, car je sais qu'il étudie l'hypertrophie glandulaire avec grand soin.

Amputations.

M. Giraldès lit un rapport sur un mémoire de M. James, intitulé : *Mémoire sur les causes de mortalité à la suite des amputations.*

Après avoir analysé les statistiques publiées par MM. Lacorie, Steel, Philipps, Malgaigne, etc., l'auteur du mémoire établit :

1° Que les amputations traumatiques sont plus graves que les mêmes opérations pratiquées pour des lésions organiques;

2° Que cette gravité est plus grande aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs;

3° Que cette gravité est inhérente à la nature de la blessure, qui produit un ébranlement général.

Cet ébranlement persiste pendant un temps plus ou moins long; il continue son effet après que l'amputation a été pratiquée : aussi beaucoup de cas de mort à la suite des amputations sont-ils plutôt produits par l'effet de cet ébranlement général que par l'opération elle-même.

C'est encore à cette cause qu'il faut attribuer les inflammations

de mauvaise nature et autres complications graves qui accompagnent les amputations à la suite de lésions traumatiques.

Cette modificatiou générale de l'économie à la suite de l'ébranlement, du choc, qui accompagne ces lésions, est probablement la cause de mortalité par suite de ces opérations; car elle détermine une modification dans l'état du sang et une influence très grande sur le résultat.

Discussion sur le rapport de M. Giraldès.

M. Chassaignac. Je n'ai aucune objection à adresser au rapport de M. Giraldès; mais quant à l'idée émise par le docteur James, que les lésions traumatiques auraient la propriété de constituer l'état général de l'économie dans des conditions morbides particulières, je rappellerai que cette idée a été formulée plusieurs fois dans le sein de la Société, notamment dans la séance du 11 octobre 1848. J'ai même qualifié ce fait d'empoisonnement par excès de violence mécanique, mode d'intoxication dont j'ai déduit l'existence du phénomène cadavérique de la décomposition rapide des cadavres après l'action de causes traumatiques très violentes. A ce sujet, M. Chassaignac obtient de la Société de lire un court passage d'un travail publié il y a deux ans, et qui établit très nettement :

1° La relation d'une putréfaction rapide des cadavres avec les grandes violences mécaniques;

2° L'idée d'un empoisonnement général et instantané de l'économie par le seul fait de ce genre de cause.

M. Larrey. Il me semble que l'on ne tient pas assez compte peut-être de l'expérience et des travaux d'une époque antérieure à la nôtre sur la question qui vient d'être soulevée.

La mortalité à la suite de l'amputation des membres n'a pas encore, il est vrai, été appréciée dans toutes les conditions qui s'y rattachent; mais si la valeur des recherches statistiques à cet égard acquiert de jour en jour plus d'importance, il ne s'ensuit pas qu'autrefois on ait négligé de teuir compte des principales influences qui font succomber les amputés dans les cas de lésions accidentelles.

A. Paré, Ledran, Dufouart et d'autres ont signalé quelques-unes des causes de mort et de décomposition rapide des cadavres après

les grandes blessures. Ils paraissent rattacher surtout à l'ébranlement des centres nerveux ou à la commotion les effets qui compliquent d'abord la lésion locale et ensuite l'amputation, pour réagir sur les fonctions générales, par l'altération du sang, par les suppurations diffuses ou métastatiques, et par la désorganisation des viscères, surtout chez les sujets débilités par diverses causes antécédentes à la cause traumatique.

M. Maisonneuve. Un fait qui s'est passé dans mon service et qui a été reproduit par la *Gazette des Hôpitaux* pourrait rendre compte de l'empoisonnement signalé par M. Chassaignac. En effet, j'ai vu, dans une jambe qui avait été soumise à une violente contusion, survenir de la tuméfaction et de l'emphysème.

Une incision que je fus obligé de faire dans les parties tuméfiées me fit découvrir que des gaz existaient dans le système nerveux. Je prolongeai mon incision jusque dans les parties saines, et je vis les mêmes gaz dans les veines qui ne se trouvaient point au centre des parties contuses et altérées. On comprend d'ailleurs la formation de ces gaz au milieu d'éléments de putréfaction. On peut donc se demander si ces absorptions de gaz ne peuvent pas jouer un très grand rôle dans les phénomènes qui sont maintenant en discussion.

M. Chassaignac. Sans doute le fait a été depuis longtemps observé, mais l'explication n'avait point été donnée. La cause générale du fait était inconnue, et c'est seulement il y a deux ans que je l'ai déterminée dans un travail spécial.

M. Michon. M. Maisonneuve déclare que c'est dans le système veineux vivant qu'il aurait trouvé des gaz. Ce fait est important ; mais avant d'être admis, il faut qu'il soit bien constaté ; car il établirait que des gaz venant au dehors peuvent circuler dans le système veineux.

Taille chez l'homme.

M. Lenoir. Ma position à l'hôpital Necker, près du service des calculeux confié à M. Civiale, me donne assez fréquemment l'occasion de pratiquer la lithotomie. Je l'ai faite huit fois sur des sujets de tout âge l'an passé, et quatre fois cette année; mais je la pratique ordinairement dans des cas peu favorables au succès. Ce sont ceux qui sont réfractaires à la lithotritie, à cause du volume du

calcul ou du mauvais état des voies urinaires. Toutefois, jusqu'à présent, je ne m'étais pas encore trouvé en présence d'un calcul aussi volumineux que celui que j'ai l'honneur de vous présenter. Il pèse 120 grammes. Le malade qui le portait souffrait depuis neuf ans, et depuis plusieurs mois il n'avait pas goûté un instant de repos. Il avait été soumis à l'usage prolongé des eaux de Contrexeville, et avait rendu à plusieurs reprises des fragments de calcul capables de remplir l'excavation formée par les deux mains réunies. J'opérai mon malade à l'aide du chloroforme, dont l'action fut maintenue pendant près d'une demi-heure, temps pendant lequel a duré l'opération. Le calcul était fragile, et je fus obligé d'introduire à plusieurs reprises les tenettes; le rectum fut soulevé avec le doigt, afin d'être sûr que tous les fragments étaient bien saisis. Le calcul est formé par un noyau d'oxalate de chaux autour duquel se sont déposés des couches d'acide urique et d'urate de chaux. Depuis l'opération, le malade a été très bien; il n'est survenu aucun accident, ce sur quoi on devait peu compter.

M. Guersant. J'ai eu occasion d'opérer un enfant de onze ans sur lequel M. Ségalas avait fait des tentatives de lithotritie, et j'ai pu extraire 91 grammes de matières lithiques.

Fracture. — Luxation congéniale. — Résection.

M. Maisonneuve présente trois pièces anatomiques.

La première est une fracture de jambe à sa partie inférieure. Le tibia seul est fracturé d'une manière comminutive. Le péronné est intact.

La seconde est une articulation du coude, sur laquelle on a fait une résection il y a six semaines. La mort a été occasionnée par une maladie accidentelle. L'articulation nouvelle est presque formée.

La troisième est une luxation congéniale du fémur, sur laquelle on constate tous les caractères anatomiques de ces luxations.

Après quelques observations de MM. Morel et Giraldès, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 5 *novembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Hydrocèle.

M. Chassaignac présente un malade affecté d'hydrocèle congénitale.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Hématocèle.

A propos du procès-verbal, M. Chassaignac présente les enveloppes d'une hématocèle qui s'était formée entre la tuuique vaginale et la tunique érythroïde.

Correspondance.

M. le ministre de la marine informe la Société qu'il souscrit pour trois exemplaires de ses mémoires et de ses bulletins, destinés aux bibliothèques des écoles maritimes.

Ponction d'un kyste hydatique du foie par le bistouri. Injections iodées.

M. Boinet rapporte qu'il a fait, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet, une injection iodée dans un kyste hydatique du foie qu'il a ouvert avec le bistouri.

Ce malade, âgé d'environ quarante ans, est entré à l'hôpital pour la tumeur qu'il porte dans la région hépatique ; il est très affaibli, et convalescent d'une pleuropneumonie avec épanchement. Il présente une teinte ictérique générale et très prononcée, et éprouve beaucoup d'oppression. Cette tumeur, qui semble dépendre du foie, est volumineuse et occupe tout l'hypochondre droit ; elle est molle, fluctuante, sans résistance ; elle soulève la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, et la peau, dans son point le plus saillant, est pâle, mate et le siége d'un léger empâtement. Il n'existe aucun signe de cette crépitation particulière qui dénote la présence d'acéphalokystes.

Après avoir examiné ce malade, sur l'invitation de M. Briquet,

je pense qu'en présence d'un cas aussi grave, le malade éprouvant beaucoup d'oppression et paraissant voué à une mort certaine, on ne doit pas rester dans l'inaction, et que la ponction du kyste, suivie d'une injection iodée, pourra, sinon le guérir radicalement, au moins le soulager beaucoup.

En proposant cette opération, je songeais bien aux dangers d'une ponction faite avec le trocart ou le bistouri dans une pareille tumeur, et à l'épanchement péritonéal qui pouvait avoir lieu si des adhérences n'existaient pas entre les parois du kyste et la paroi abdominale; mais plusieurs circonstances me faisaient supposer que des adhérences devaient exister.

D'abord la couleur mate de la peau, son empâtement dans une étendue assez considérable, dans le point où la tumeur offre une saillie assez prononcée; la minceur des parois qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste, me faisaient penser que toutes les parties avaient été le siége de symptômes inflammatoires, et qu'il existait probablement des adhérences; de plus, si on faisait coucher le malade sur le côté opposé, cette tumeur ne s'éloignait pas du point où elle était le plus saillante, et où elle semblait adhérer, et la fluctuation y restait aussi sensible.

Si d'ailleurs je m'étais trouvé en présence de signes moins probables, et si j'avais craint l'absence d'adhérences du kyste avec les parois abdominales, j'avais pensé, dans le cas où il y aurait urgence d'opérer promptement, à employer un trocart particulier très large, comme celui de M. J. Guérin, par exemple, pour les ponctions sous-cutanées, et construit de telle façon qu'on pût, à l'aide de petites érignes introduites dans le canal, ou de crochets-érignes qu'on pût faire saillir en dehors d'une canule fenêtrée, accrocher les parois du kyste et les fixer à la paroi abdominale, avec laquelle elles contracteraient des adhérences. De cette façon, on se mettrait sûrement à l'abri de tout épanchement dans le péritoine. D'ailleurs, j'ajouterai que, si cet épanchement avait lieu, il serait sans inconvénient avec de la teinture d'iode. Des faits déjà nombreux, des expériences faites par M. le professeur Velpeau sur des animaux, ont démontré l'innocuité de la teinture d'iode à un certain degré de concentration dans la séreuse abdominale.

Mais en présence du cas devant lequel je me trouvais, d'après les signes que j'ai énumérés tout à l'heure, j'avais la presque cer-

titude qu'il existait des adhérences ; aussi n'hésitai-je pas à faire une ponction dans l'endroit le plus fluctuant et dans le point où les parois abdominales paraissaient le plus amincies, avec un gros trocart, plus gros que celui dont on se sert ordinairement pour l'hydrocèle. Le trocart retiré de la canule, rien ne sortit ; cependant la sensation que j'avais éprouvée au moment de la ponction ne me laissait aucun doute que j'avais pénétré dans une poche contenant du liquide. Parmi les nombreux témoins qui assistaient à cette opération, plusieurs pensèrent qu'il y avait eu erreur de diagnostic, ou que je n'avais pas pénétré dans la poche hydatique. Un stylet d'abord, ensuite une sonde cannelée introduite dans la canule, qu'ils dépassaient de plusieurs centimètres du côté du ventre, n'amenèrent, pendant plusieurs minutes, l'écoulement d'aucun liquide, malgré toutes les tentatives faites pour repousser les fausses membranes ou les hydatides qui pouvaient, en bouchant l'extrémité de la canule, s'opposer à l'écoulement de la sérosité ; enfin, quelques gouttes de pus apparurent et vinrent nous avertir qu'un obstacle empêchait le reste de sortir.

Un pareil résultat, soit dit en passant, prouve que les ponctions exploratrices dont on fait souvent usage pour éclairer un diagnostic incertain peuvent dans certains cas devenir une cause d'erreur, et laisser croire qu'il n'existe pas de liquide dans une cavité où une tumeur qui en renferme.

L'apparition de ces quelques gouttes de pus, tout en me confirmant dans la pensée que j'avais pénétré dans le kyste, me donna la certitude qu'une inflammation avait existé dans cette tumeur hydatique, et qu'il devait y avoir des adhérences. Retirant aussitôt la canule du trocart, j'incisai couche par couche la paroi abdominale dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, et le doigt porté au fond de cette plaie me fit reconnaître que je n'étais séparé du liquide, dont le flot touchait pour ainsi dire mon doigt, que par une couche très mince de tissu. Un bistouri droit fut plongé dans ce point, et aussitôt du pus en grande quantité et des hydatides nombreuses (environ 25 ou 30) s'échappèrent par l'ouverture que je venais de pratiquer et dans laquelle j'introduisis une pince à pansement pour en écarter les bords et faciliter l'écoulement de tout le contenu de cette tumeur du foie. Il est sorti 1,050 grammes de pus. Une injection iodée fut pratiquée immédiatement et laissée dans le kyste pendant

cinq ou six minutes. L'injection était composée de 50 parties de teinture d'iode, 50 parties d'eau et 2 grammes d'iodure de potassium. Environ 70 grammes de cette préparation ont été injectés. Le malade a éprouvé une sensation de cuisson, de chaleur vive; mais ces phénomènes, qui ont été très supportables, n'ont duré que quelques minutes. Cette injection n'a provoqué ni fièvre, ni réaction, et pas le moindre signe d'inflammation. Le malade a éprouvé sur-le-champ un mieux sensible; l'oppression qu'il éprouvait avant l'opération avait disparu, et depuis l'évacuation de ce kyste son état s'est sensiblement amélioré. Il prend chaque jour plusieurs bouillons, des potages, et dort chaque nuit comme il n'avait pas fait depuis longtemps. Par l'ouverture, qui est restée fistuleuse, il sort encore tous les jours quelques acéphalocytes avec un peu de matière purulente. En somme, ce malade se trouve très bien et ne souffre en aucun point. Il y a aujourd'hui huit jours qu'il a été opéré; déjà la teinte ictérique a considérablement diminué, et toutes les fonctions se font parfaitement bien.

Discussion.

M. Maisonneuve. Je ferai observer à M. Boinet que l'idée du trocart dont il vient de parler dans sa communication ne lui appartient pas. J'ai fait construire un trocart semblable, dans le but de traiter un kyste formé par la vésicule du fiel et les kystes de l'ovaire; je crois même qu'il en existe plusieurs variétés de modèles chez M. Charrière.

M. Guersant. C'est avec un véritable étonnement que je vois M. Boinet faire la ponction d'un kyste hépatique sans avoir positivement la certitude que des adhérences s'étaient formées. Je suis partisan des injections iodées dans ce cas; mais je suis surpris de voir M. Boinet n'avoir aucune crainte de voir les injections iodées pénétrer dans le péritoine, quand moi j'ai eu le malheur de perdre un enfant pour quelques gouttes d'eau tiède qui étaient passées dans cette membrane séreuse pendant que je faisais une injection de ce liquide dans une poche hydatique du foie.

M. Boinet. Il y avait, suivant moi, des adhérences établies entre la face convexe du foie et les parois abdominales; la minceur de la peau, qui menaçait de se rompre, les antécédents du malade, me donnaient la certitude du fait. D'ailleurs, il existe dans la science

des faits qui prouvent que les injections iodées dans la cavité péritonéale ne sont pas graves. Je citerai les expériences de M. Velpeau sur les chiens, et certains faits d'hydrocèles congénitales dans l'injection, desquelles une certaine quantité de liquide est passée de la tunique vaginale dans le péritoine, sans grand danger pour le malade.

M. Guersant. Je ne crois pas que l'on puisse s'appuyer, pour défendre la thèse de M. Boinet, sur ce qui se passe dans les animaux, ni sur quelques faits exceptionnels de la pratique chirurgicale, lorsque chaque jour nous démontre la gravité du passage des liquides dans la cavité séreuse abdominale.

M. Chassaignac. Je trouve le résultat de M. Boinet très beau. Ordinairement il y a fièvre et une réaction plus ou moins vive après l'incision des kystes hydatiques. Ici nous n'avons rien de cela; le malade reste calme. Toutefois, je ne partage pas l'opinion de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées faites dans le péritoine. Je rappellerai que Bérard (Auguste) fut moins heureux que M. Velpeau, et qu'une mort prompte a suivi l'injection iodée faite dans un vieux sac herniaire chez une femme.

J'ai souvent eu occasion de constater, comme notre collègue, que le trocart explorateur, après les ponctions exploratrices, ne donne souvent aucun résultat, malgré l'introduction du stylet. Pour prévenir cet inconvénient, M. Récamier a fait pratiquer des ouvertures sur les parties latérales du trocart, et, de cette façon, on évite l'erreur.

M. Larrey rappelle que d'anciens trocarts, dont la description ou l'image pourrait être retrouvée, présentent des modifications favorables à l'écoulement des fluides. Ainsi, à part le trocart à gouttière ou à cannelure de J.-L. Petit, il en est de fenêtrés dont la canule est pourvue d'ouvertures latérales, doubles ou multiples, à l'effet de suppléer à l'oblitération de son orifice ordinaire.

M. Boinet. J'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'un homme qui avait succombé à un cancer du foie, et chez lequel j'avais fait deux injections iodées, à quinze jours d'intervalle, pour une ascite. Ce malade était dans le service de M. le professeur Requin, à la Pitié. Ces deux injections n'ont donné lieu à aucun symptôme de péritonite, et l'autopsie a démontré que les lésions anatomiques qu'on a rencontrées étaient absolument les mêmes que celles que

M. Velpeau avait déjà signalées chez les chiens où il avait fait de pareilles injections; c'est-à-dire qu'il n'y avait pas trace de péritonite; que les intestins étaient collés, agglutinés par une espèce de mucus, de gelée, qui n'établit aucune adhérence ni entre les circonvolutions intestinales, ni avec les parois abdominales. Dans un autre cas, chez une dame, où une injection trop concentrée avait été faite, il y eut une péritonite violente, mais qui céda facilement aux moyens employés en pareille circonstance; elle guérit en conservant dans le ventre des tumeurs, des masses dures, dues probablement à une sécrétion abondante de lymphe coagulée par l'inflammation, indurations qui n'ont gêné en rien les fonctions nutritives.

M. Demarquay. Je crois que M. Boinet aurait tort de trop s'appuyer sur les expériences faites sur les chiens pour conclure à ce qui doit arriver à l'homme. J'ai fait un certain nombre d'expériences sur ces animaux, et je me suis assuré qu'ils guérissent parfaitement des péritonites que le chirurgien fait naître. Notre collègue dit cependant que les chiens succombent quand on fait des injections avec une trop forte proportion d'iode; il y a à se demander si, dans ce cas, les animaux succombent à la péritonite ou à l'empoisonnement déterminé par la teinture d'iode donnée à fortes doses.

Polypes de l'urètre chez la femme.

M. Forget met sous les yeux de la Société une tumeur de l'urètre qu'il a excisée chez une dame, cliente de M. le docteur Compérat; il a emporté avec la tumeur un anneau complet de la membrane muqueuse qui était à l'état de procidence très prononcée. Cette tumeur occupait le côté droit du méat urinaire, et se prolongeait par une base assez large dans l'épaisseur de la membrane muqueuse. Excessivement douloureuse et saignant au moindre contact, elle formait une proéminence du volume d'une petite noix. Sa présence occasionnait de la gêne et de la douleur en marchant; elle rendait, en outre, la miction plus lente et déviait le jet de l'urine de sa direction naturelle. Après avoir anesthésié la malade, M. Forget saisit la tumeur avec une pince de Museux, la dégagea de l'intérieur du canal en l'attirant en avant, et, après avoir reconuu d'une manière précise sa limite, il l'excisa.

Les polypes de l'urètre à pédicule grêle et plus ou moins allongé ne sont pas rares chez la femme, ajoute M. Forget; mais les végétations, les tumeurs vasculaires à base large sont moins communes. A ce titre, le fait qu'il a rapporté lui a paru mériter l'attention de ses collègues. Il faut ajouter que la procidence de la muqueuse urétrale, au degré où elle existait, n'est pas non plus un fait vulgaire.

En ne bornant pas l'action chirurgicale à la simple excision de la tumeur, j'ai voulu ne pas laisser subsister sur le côté opposé du méat urinaire une sorte de soupape flottante qui, après l'opération, se fût appliquée contre l'ouverture du canal; c'est pour cela que j'ai pratiqué une véritable circoncision du tissu muqueux exubérant.

Après l'opération, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, M. Forget introduisit dans le canal une sonde assez volumineuse pour exercer une certaine pression contre les parois et devenir ainsi un moyen hémostatique. Ce qui me décida, dit-il, à prendre cette précaution, ce fut le souvenir d'un fait que j'ai observé il y a dix ans. J'avais assisté Lisfranc dans une excision d'un petit polype de l'urètre pratiquée à la femme d'un de nos confrères. Une heure après l'opération, la malade, pâle, refroidie, était tombée en syncope : appelé en toute hâte, je constatai un développement notable de la vessie, dans la cavité de laquelle le sang provenant de l'urètre s'était épanché. Pour faire cesser les accidents, il me suffit dans ce cas de comprimer le canal contre le pubis avec le doigt indicateur porté sous la symphyse.

M. Huguier. J'ai eu occasion d'étudier avec soin les polypes de l'urètre; dix-neuf fois sur vingt ces productions se développent à la partie inférieure du canal de l'urètre; souvent ces tumeurs sont de nature érectile; elles saignent au moindre contact. La marche, le coït les irritent; souvent elles sont l'occasion d'hémorrhagies assez graves quand on les enlève avec l'instrument tranchant. Pour prévenir cet accident, j'ai l'habitude, quand je les enlève, de cautériser la place qu'elles occupaient. Cette cautérisation a le grand avantage de prévenir le retour de la maladie, et je tamponne ensuite l'orifice vulvaire. On peut comparer ces productions polypeuses à l'épulis, qui a, comme on sait, une certaine tendance à se reproduire.

M. Guersant. J'ai eu cinq ou six fois l'occasion d'enlever des po-

lypes de l'urètre sur des adultes ou sur des enfants; une fois j'ai eu à combattre une hémorrhagie assez sérieuse. Pour prévenir cet accident, je préfère maintenant la ligature.

Ponction de la vessie par la région sus-pubienne.— Lésion de la prostate.

M. Monod présente la vessie et les organes génitaux d'un individu décédé à la Maison nationale de santé à la suite d'une affection cancéreuse de ces organes et chez lequel la ponction de la vessie au-dessus du pubis a été compliquée de la blessure de la prostate par la pointe du trocart.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, entré à la Maison de santé le 18 juin 1851, après avoir été traité en province pendant deux mois pour une rétention d'urine, présentait à son arrivée les lésions suivantes :

Tumeur au niveau de la prostate, écoulement de pus par l'urètre, urines purulentes très fétides, très difficiles à rendre. Etat général assez bon.

Le cathétérisme, fait avec beaucoup de ménagement, détermine cependant une hémorrhagie urétrale abondante, qui se renouvelle plusieurs fois spontanément dans le cours de la maladie. Formation d'un abcès du scrotum suivie d'une fistule et de l'engorgement du périnée. Augmentation de la tumeur au niveau de la prostate et formation d'une tumeur au côté droit de la vessie, au-dessus du détroit supérieur du bassin. Difficulté de plus en plus grande de rendre les urines par le canal.

Dans les premiers temps, M. Monod parvient à placer une sonde crochue d'un volume médiocre; mais, au bout de quelques jours, il devient impossible de faire pénétrer ni sonde ni bougie dans la vessie; MM. Le Roy-d'Etiolles et Monod mettent inutilement en usage les bougies des formes les plus variées, fines, tortillées, crochues, à tête, etc., toutes viennent buter contre la prostate ou s'engagent dans le foyer qui existe au-dessous de la vessie.

Pendant quelque temps, le malade rend un peu d'urine par la fistule périnéale. Plus tard, rétention complète, distension de la vessie. Ponction à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphyse. L'urine, parfaitement limpide, s'écoule facilement. Introduction d'une sonde par laquelle le malade rend une partie de ses urines jusqu'à

sa mort, survenue à la suite d'accidents généraux de résorption purulente et de diarrhée colliquative le 24 octobre 1851, après sept mois de maladie et un mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une couche de tumeurs cancéreuses doublant la prostate et la face postérieure de la vessie, refoulant la prostate et la vessie derrière et au-dessus de la symphyse, ce qui explique une légère blessure qu'on remarque à la prostate dans l'intérieur de la vessie et qui se trouve vis-à-vis le trou fait à la vessie lors de la ponction.

La fonte purulente de ces tumeurs à la partie inférieure a déterminé la formation d'une caverne siégeant entre le rectum et la prostate; c'est dans cette caverne que s'engageaient les sondes et bougies.

L'intérieur de la vessie est peu altéré, mais ses parois sont épaissies.

M. Maisonneuve. Ce qui me frappe dans le fait de M. Monod, c'est que l'on n'ait point pu pénétrer dans la vessie. J'ai établi que, lorsque le canal est perméable, on doit toujours pénétrer dans le réservoir urinaire en se servant d'instruments convenables. Les sondes ont l'inconvénient de faire tomber le chirurgien dans les mêmes fausses routes une fois qu'elles ont été faites; tandis qu'avec des bougies à tête, coudées ou tortillées, on peut suivre un point du canal plutôt qu'un autre, et on évite de la sorte les inconvénients que je signalais il n'y a qu'un instant. Toutefois, le fait rapporté par M. Monod est en dehors de toutes les règles, et il n'est pas surprenant que notre habile confrère ait échoué.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 12 *novembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

1° M. le professeur Roux ayant exprimé le désir d'obtenir le titre de membre titulaire, il est nommé à l'unanimité et par acclamation membre titulaire de la Société de chirurgie.

2° M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de

Bordeaux, demande à devenir membre correspondant, et adresse deux mémoires : l'un ayant pour titre : *Des fractures compliquées d'altération organique des fragments;* l'autre, *Désarticulations comparées aux amputations dans la continuité.* — Une commission composée de MM. Michou, Larrey et Demarquay, est chargée d'examiner ces travaux.

Présentation de malade. — Syphilisation.

Au commencement de la séance, M. Musset, interne des hôpitaux, présente un malade au nom de M. Ricord.

M. N... a été présenté à la Société de chirurgie pour soumettre à son observation les résultats d'expériences entreprises dans le but de vérifier les idées émises sur la syphilisation. En attendant que M. le docteur L... donne lui-même, *in extenso*, l'histoire de sa propre maladie, non encore complétée, voici les principaux résultats auxquels il est arrivé.

M. L... n'a jamais eu ni chancre, ni blennorrhagie. Aux mois de novembre 1850 et janvier 1851, il s'est inoculé à la verge, à l'intervalle d'une semaine chaque fois, une dizaine de chancres. Ces chancres ont disparu en peu de temps sous l'influence d'uu traitement simple hygiénique.

Le 2 juillet, il s'inocule de nouveau au bras gauche, et un chancre induré en est la conséquence.

Trois mois après, c'est-à-dire le 1er octobre, il se déclare une syphilide exanthématique, et bientôt papuleuse, accompagnée de l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; quelques jours après, des plaques muqueuses apparurent sur les amygdales.

Le 17 octobre, une inoculation est pratiquée au bras gauche par M. Auzias, en présence de M. Ricord, avec du pus pris à un chancre datant de vingt jours, existant chez un malade qui avait été inoculé lui-même avec du pus pris chez un prétendu syphilisé qui en était à peu près à son soixantième chancre.

Le 24, M. Ricord pratique deux inoculations, l'une sur le bras gauche, l'autre sur la muqueuse du prépuce, avec le pus d'un chancre phagédénique non serpigineux existant sur un malade couché salle 2, n° 4 de son service.

Le 25 octobre, M. le docteur L... s'inocule lui-même au même bras et à la verge avec le pus du premier chancre.

Le 28 octobre, deux inoculations sont pratiquées au bras gauche; l'une avec le pus du premier chancre, l'autre avec celui du quatrième.

Le 29 octobre, deux inoculations sont faites avec le pus du quatrième chancre.

Le 30, deux inoculations sont pratiquées au bras avec le pus du premier chancre et du second.

Le nombre des inoculations s'élève ainsi à 11.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir arriver aux conclusions suivantes:

1° Bien que des inoculations au nombre de 10 aient été faites, cela n'a pas empêché une onzième de s'indurer et d'être suivie régulièrement de syphilis constitutionnelle.

2° Les nouvelles inoculations successives qui ont été faites en vue de la syphilisation ont toutes réussi.

3° Les chancres n'ont point été d'une moindre étendue à mesure des inoculations faites.

Ainsi, les diamètres des chancres successifs ont été indifféremment plus grands ou plus petits que ceux des chancres qu'ils avaient précédés ou suivis.

4° Le plus grand nombre des chancres inoculés a pris la forme phagédénique, comme cela se montre souvent chez les individus qui, ayant une syphilis constitutionnelle, contractent de nouveaux chancres.

5° Il est à remarquer que les plus intenses proviennent du pus du syphilisé de M. Auzias, parvenu à son soixantième chancre.

6° Le phagédénisme non serpigineux n'a pas dépendu de la source à laquelle le pus a été puisé, car le plus grand nombre des chancres qui ont été produits par le pus provenant du syphilisé ont pris indifféremment la forme phagédénique; tandis que, parmi trois chancres produits par le pus fourni par un malade du service de M. Ricord, affecté d'un chancre phagédénique non serpigineux, un seul a pris la forme phagédénique.

7° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi et qui sont devenus phagédéniques à leur tour.

8° Le phagédénisme a donc semblé tenir à l'état général du malade, influencé par le siége; car, tandis que le plus grand nombre

des chancres inoculés au bras ont pris cette forme, les chancres inoculés à la verge avec le même pus et le même jour sont restés très restreints, et ont marché rapidement vers la réparation.

9° Les inoculations successives faites dans le sens de la syphilisation, et qui ont affecté une marche si grave, n'ont pas seulement influencé favorablement les accidents de la syphilis constitutionnelle, mais, bien au contraire, ces accidents ont semblé prendre une nouvelle intensité au fur et à mesure que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

10° Il est à remarquer que, tandis que toutes les inoculations faites avec du pus d'ulcères primitifs ont été suivies de résultats positifs, des inoculations d'accidents secondaires appartenant aux formes les plus graves, et dans toute leur intensité, sont restées sans effets.

Du cathétérisme et de la ponction de la vessie.

M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le malade auquel il a pratiqué la ponction de la vessie et qui est mort par suite du cancer qui avait refoulé la prostate et donné lieu à l'impossibilité de pénétrer dans la vessie. Les préceptes donnés par M. Maisonneuve pour pénétrer dans cet organe quand l'urètre n'a subi aucune interruption sont très bons, ajoute M. Monod, et nous les avons mis en pratique avec M. Le Roy-d'Etiolles. Nous nous sommes servi de sondes coudées, tortillées, etc., et dans toutes nos tentatives nous arrivions toujours dans le même point, c'est-à-dire dans l'excavation formée par le cancer ramolli entre le rectum et la prostate. Ce cas, il est vrai, ne rentre plus dans la catégorie spécifiée par M. Maisonneuve; mais, telle qu'il l'a formulée, son opinion me paraît trop absolue; il existe des cas où, bien que le canal soit intact, il est impossible de pénétrer dans le réservoir urinaire : cela a lieu quand une tumeur considérable vient à refouler la prostate et à dévier le canal d'une manière notable.

M. Maisonneuve. Je ne puis donner ici que le résultat de mon expérience : eh bien! je déclare que je n'ai point rencontré d'urètre que je n'aie pu franchir quand ce dernier était libre ou qu'il n'était interrompu que dans un point bien déterminé de son étendue, en suivant les préceptes que j'ai indiqués dans la dernière séance.

M. Chassaignac. J'ai eu récemment l'occasion de faire la ponction de la vessie sur un malade affecté d'un cancer de la prostate et chez lequel je ne pouvais introduire une sonde. Je fus surpris, après avoir retiré le poinçon du trocart, de voir couler du sang; je retirai un peu la canule, et bientôt je vis l'urine arriver. Dans ce cas, j'avais probablement ponctionné la prostate; dans ces circonstances, pour éviter cet inconvénient, ne faudrait-il pas faire pénétrer le trocart plus au-dessus de la symphyse pubienne? De la sorte, on serait moins exposé à blesser le bas-fond de la vessie; chez mon malade, il n'est résulté aucun inconvénient de ce petit accident.

M. Lenoir. M. Maisonneuve vante l'usage des bougies fines pour pénétrer dans un urètre rétréci; seulement, il les recourbe et les tortille; je crois, au contraire, que dans ces cas il faut préférer les sondes ou les bougies un peu grosses; de cette façon, on évite le mieux les fausses routes. Est-il vrai que l'on puisse toujours pénétrer dans un canal libre, mais dévié? Je ne le pense pas; il est des circonstances où la prostate volumineuse refoule tellement le col de la vessie qu'il est impossible d'arriver dans celle-ci, et dans le fait de M. Monod cette déviation était à un point extrême. Dans ces cas, je préfère à la ponction de la vessie l'établissement d'un canal à travers la prostate, comme le faisait Chopart et comme Lafaye le pratiqua sur Astruc, lequel survécut dix ans à cette opération; une sonde d'argent un peu conique permet au chirurgien d'arriver souvent à un résultat meilleur que par la ponction hypogastrique de la vessie, qui ne remédie qu'à l'accident du moment.

M. Chassaignac. Le point qui nous occupe est difficile; il faut que le chirurgien sache se servir de tous les éléments dont l'art dispose. Je ne puis omettre de signaler les services que rend la sonde de M. Mercier dans ces circonstances; sans doute la ponction de la vessie ne remédie que d'une manière temporaire aux accidents; mais il faut savoir que ceux-ci sont le plus souvent temporaires; et s'ils persistent, on peut encore, grâce au trajet déterminé par la ponction, faire le cathétérisme de dedans en dehors, comme cela se faisait anciennement.

M. Maisonneuve. Ponr moi, la ponction de la vessie est sans danger; mais je crois qu'il ne faut la faire que dans le cas de tuméfaction aiguë de la prostate, ou dans le cas de fausse route, le chirurgien devant pénétrer dans la vessie en traversant un canal

dévié. Dans le cas de fausse route, même très étendue, un chirurgien patient arrivera encore le plus souvent en se servant de bougies tortillées ou coudées.

M. Lenoir. Dans mon argumentation précédente, je ne voulais point parler des tuméfactions de la prostate tenant à une inflammation. J'ai voulu parler des prostates hypertrophiées volumineuses. J'ai essayé, dans un cas où j'avais fait la ponction de la vessie, de faire passer une sonde flexible de dedans en dehors en suivant le canal pratiqué par le trocart, et je n'ai point réussi, bien que j'eusse suivi les conseils donnés par Bell, qui est, suivant moi, l'inventeur de ce procédé.

M. Chassaignac. Quand on veut faire le cathétérisme de dedans en dehors, il faut se servir d'une sonde en argent, que l'on fait pénétrer seulement dans la prostate à la rencontre d'une autre sonde introduite par l'urètre.

M. Demarquay. Je ne crois pas que les accidents déterminés par les tumeurs de la prostate soient toujours temporaires. Je vois souvent un monsieur qui est arrivé graduellement à l'impossibilité de rendre ses urines autrement qu'avec la sonde, et cela par suite d'un gonflement de la prostate.

M. Marjolin. Parmi les accidents du côté des voies urinaires qui surviennent chez les vieillards à prostate hypertrophiée, il en est qui tiennent à une excitation passagère portée sur les organes génitaux par l'abus des boissons alcooliques ou du coït. On voit souvent à Bicêtre, le lundi, des accidents assez graves survenir sous l'influence de ces causes excitantes. Dans ces cas, une application de sangsues, des bains et le repos triomphent des accidents.

Végétation sur la muqueuse laryngée d'une enfant de deux ans morte à la suite de la variole.

M. Guersant fait voir sur la muqueuse tapissant les cordes vocales du larynx des excroissances assez considérables, et qui ont l'aspect de végétations syphilitiques. La petite malade ne présentait aucune trace d'infection vénérienne. Le microscope fait reconnaître que ces végétations dépendent de l'épithélium développé.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 22 novembre 1851.

Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades. — Lymphorrhagie et dilatation des vaisseaux lymphatiques.

M. Demarquay, inscrit pour lire un travail sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, présente un jeune homme sur lequel il a produit une piqûre des vaisseaux lymphatiques. Au bout d'une heure il avait recueilli 40 à 45 grammes de lymphe.

Oblitération des vaisseaux lymphatiques.

M. Chassaignac présente un malade sur lequel on constate une oblitération du système lymphatique.

Par une singulière coïncidence, dit-il, deux présentations de maladies du système lymphatique ont eu lieu dans la même séance. Pendant que mon honorable collègue Demarquay présentait un exemple de dilatation variqueuse, je faisais voir un malade atteint d'une oblitération presque générale des lymphatiques, vaisseaux et ganglions.

Le sujet de l'observation est un malade de l'hôpital Saint-Antoine, âgé de vingt-huit ans, exerçant depuis l'âge de dix ans la profession de garçon charcutier. Il est entré à l'hôpital pour un phlegmon de l'aisselle évidemment dû à une angioleucite, suite de brûlure à la partie externe de l'avant-bras.

La surface du corps chez ce malade est parsemée d'un grand nombre de petites tumeurs très dures, fusiformes, et qui ne sont nulle part plus distinctes que sur les parois de la poitrine. Le sujet est maigre. Les quelques doutes que nous avions eus au premier abord touchant la nature de ces indurations se sont bientôt dissipés, en constatant que, dans toutes les régions accessibles du système lymphatique, les ganglions, aussi bien que les cordons vasculaires qui les unissent, sont le siége d'une induration atrophique partout la même.

Ce jeune homme n'a pas eu d'affections syphilitiques, du moins

n'en porte-t-il aucune trace. Il a deux hernies inguinales volumineuses. Il dit n'avoir d'autre souvenir de maladie que celui d'une affection très grave qu'il a éprouvée dans son enfance, mais dont le caractère ne peut se déduire des réponses qu'il nous a faites. Il n'est pas tuberculeux, quoique sa constitution soit chétive et qu'il y ait une maigreur générale; il est très pâle.

Correspondance.

M. Bayard (de Cirey) adresse une note sur l'organisation du cristallin. M. Lenoir est chargé de faire un rapport.

M. Chabonon, médecin d'Uzès, adresse un mémoire sur la luxation de l'astragale, et demande à devenir membre correspondant. Une commission composée de MM. Monod, Chassaignac et Marjolin, est chargée de faire un rapport.

— M. Ricord fait hommage à la Société du *Traité de la maladie vénérienne de Hunter*, traduit par M. Richelot, et annotée par M. Ricord.

— M. Letenneur (de Nantes) adresse un mémoire sur l'extraction de l'astragale.

— M. Larrey fait hommage de son rapport à l'Académie sur le pied artificiel de M. de Beaufort.

— M. Lallemand, membre de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier, adresse à la Société ses *Lettres sur les maladies de l'encéphale*, et exprime le désir de faire partie de la Société comme membre honoraire.

M. Lallemand est nommé par acclamation membre honoraire.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Syphilis.

M. Cullerier. Messieurs, si je n'ai pas pris la parole dans la dernière séance à propos de la communication qui vous a été faite par M. le docteur Lidmann, c'est que j'étais réellement consterné du résultat des tristes expériences auxquelles il s'est livré, et que j'avais pensé qu'il était peut-être plus prudent de laisser passer cette communication sans lui donner le retentissement de la discussion; mais comme c'est la Société de chirurgie qui a eu les prémices de la théorie de la syphilisation, il vaut mieux peut-être aussi qu'elle ne reste pas muette devant les faits qui se produisent.

Je regrette qu'une voix plus autorisée que la mienne ne traite pas à fond ce point de syphilis dans cette enceinte ; à défaut du talent de discussion, vous aurez du moins une protestation inspirée par la conscience. Eh bien, messieurs, c'est parce je suis profondément convaincu que tout est faux dans cette doctrine du syphilisme et de la syphilisation que je ne crains pas d'en proclamer l'inanité et les dangers.

Vous vous rappelez sans doute quel a été le point de départ de cette doctrine ; il s'agissait de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Il y a quelques années une première communication vous avait été faite sur ce sujet par M. le docteur Auzias. Je vous demandai de vouloir bien suspendre votre jugement sur les résultats qui vous étaient présentés. Je me mis à l'œuvre ; je fis un nombre considérable d'expériences ; je vous en donnai connaissance, et comme moi vous restâtes convaincus que l'inoculation du chancre virulent de l'homme aux animaux était impossible.

Cette année M. Auzias, revenant à la charge, ne vous présenta plus comme autrefois les animaux inoculés ; mais il vous fit part des nouvelles expériences qu'il avait tentées avec un résultat satisfaisant pour lui. Non-seulement les animaux recevaient l'impression du virus syphilitique, mais ils le recevaient à des degrés variables, les uns plus, les autres moins. De là le syphilisme, c'est-à-dire l'aptitude à prendre le virus.

Puis il crut remarquer que les chancres qu'il produisait sur certains animaux ne prenaient pas toujours avec la même facilité ; que plus on répétait l'inoculation, moins on produisait d'ulcération, jusqu'à ce qu'enfin, l'animal n'étant plus sensible à l'action du virus, il devenait impossible de l'inoculer : de là la syphilisation, c'est-à-dire, si j'ai bien compris, l'état dans lequel l'animal était, pour ainsi dire, vacciné, et, partant, inaccessible dorénavant au virus.

Les faits nouveaux sur lesquels est édifiée toute la doctrine, je ne les ai pas vus ; mais, fort des expériences auxquelles je me suis livré jadis, je n'hésite pas à dire qu'ils sont faux. Sans doute, j'ai reconnu tous les caractères du chancre à des ulcérations que portait sur le bras un médecin allemand, le docteur Robert, de Velz, et qui provenaient d'une ulcération inoculée à un singe ; mais dans le temps j'ai expliqué cette transplantation, et, dans une

lettre insérée dans l'*Union*, j'ai démontré que la peau du singe n'avait servi que de dépôt au pus virulent dilué dans un pus d'inflammation nouvelle; et l'explication que je donnais alors ne vous semblera que toute naturelle, après les faits que je vous ai fait connaître dans le mémoire sur la contagion médiate dont vous avez bien voulu entendre la lecture.

Je sais bien qu'on a prétendu que mes expériences sur les animaux étaient attaquables au point de vue moral et au point de vue du manuel opératoire. M. Auzias a osé dire ici, dans son mémoire, que mes antécédents de famille avaient pu me faire agir avec des idées préconçues et influer sur les résultats que j'obtenais, comme si dans maintes circonstances je n'avais pas donné la preuve que, pour moi, la science domine tout sentiment d'affection. Il a dit que sa manière de faire différait de ce qu'elle avait été autrefois et de ce qu'avait été la mienne, alors que j'avais employé tous les moyens possibles de faire pénétrer le pus virulent dans la peau et dans le tissu cellulaire des animaux que j'inoculais par piqûre, par incision, par excision.

N'est-ce pas, je vous le demande, messieurs, se faire une idée bien fausse du virus syphilitique que de croire qu'il lui faut certaines circonstances de solution de continuité, certaines conditions d'instrumentation pour agir ou pour rester inerte?

Je ne devrais peut-être pas relever cette assertion, que, quoique j'en aie dit, j'avais réussi dans mes expériences, mais que j'avais réussi sans m'en douter probablement, comme ce personnage de la comédie qui ne se croyait pas si fort sur la prose qu'il l'était réellement.

Un moment j'avais espéré que l'expérimentation à laquelle je m'étais livré serait reprise sous les yeux de la Société, qui aurait été à même de juger entre mon adversaire et moi; une commission avait été nommée à cet effet. Malheureusement le retrait du mémoire est venu dissoudre cette commission, et l'auteur, qui avait eu tous les bénéfices de la lecture, avait pu impunément et, du reste, avec un grand talent, je me plais à le reconnaître, attaquer mes expériences et développer sa doctrine sans réclamation et sans conteste.

C'est là qu'a été mon regret, parce que je prévoyais alors que ces fatales idées, présentées avec l'assurance et la verve que donne or-

dinairement la vérité, seraient acceptées par les esprits amis des théories les plus aventureuses.

C'est là qu'est encore aujourd'hui mon regret, parce que, à coup sûr, la Société aurait démantelé pièce à pièce cet incroyable échafaudage ; elle aurait prouvé, j'en suis convaincu, que la théorie était fausse pour les animaux, et elle aurait par conséquent empêché ces fatales expériences sur l'homme malade et sur l'homme sain.

Toutes les théories syphilitiques sont soutenables, et chaque jour, dans des traités spéciaux, dans les Académies, dans la presse médicale, on voit les opinions les plus divergentes défendues avec le plus grand talent. La Société de chirurgie n'a pas oublié la belle discussion soutenue dans son sein par deux adversaires habiles; mais, il faut le reconnaître loyalement, ces théories ne choquent pas le bon sens, tandis qu'ici c'est tout un système contre lequel se révolte de prime abord la logique.

Cependant, au point où en était arrivée la doctrine de M. Auzias, il fallait des faits; quelques hommes, ou convaincus, ou seulement courageux, se soumirent aux expériences, et vous avez pu voir, dans la dernière séance, une de ces victimes de la science vous présenter un deuxième chancre tout aussi large, tout aussi actif que le premier.

La théorie avait une bien autre prétention; elle faisait disparaître, disait-elle, elle guérissait les affections constitutionnelles secondaires par une implantation répétée d'une affection primitive. Vous avez pu voir si la syphilide papuleuse que porte notre confrère allemand a été influencée en quoi que ce soit par le chapelet de chancres qu'il porte au bras depuis plus d'un mois.

Le raisonnement n'a plus rien à faire devant un pareil résultat, et toutes les paroles que je pourrais prononcer, moi ou d'autres plus habiles, ne vous impressionneraient pas comme l'a fait le tableau vivant que vous avez eu sous les yeux.

Si vous voulez d'autres exemples, interrogez mon honorable collègue de Lourcine, M. Gosselin, et il vous dira si les deux malades qu'il a mises en expérience sont plus heureuses que le sujet que vous avez vu.

On me renverra peut-être au mémoire du docteur Sperino, de Turin, qui avait été d'un si grand appui à la théorie de la syphili-

sation ; mais, quelque considération que j'aie pour cet éminent confrère, je ne puis m'empêcher de dire que ce travail, dans lequel la légèreté d'appréciation le dispute au peu d'exactitude des détails, ne résiste ni à la lecture, ni à la discussion.

Placé à la tête d'un service de vénériennes, j'aurais pu étudier expérimentalement ces théories nouvelles, je n'ai pas voulu le faire, je le veux aujourd'hui moins que jamais, parce que je pense qu'il vaut mieux laisser venir la vérole que de courir bénévolement audevant d'elle, parce que j'ai la crainte fondée du phagédénisme, cette manifestation morbide qui déroute les doctrines les plus opposées, parce que je crois qu'on a plus de chances de le reproduire à un dixième, à un vingtième chancre qu'aux premiers ; parce qu'on peut le déterminer tout aussi bien sur un malade syphilitique que sur un individu vierge de toute affection.

Je ne blâme pas mes collègues qui ont eu la hardiesse d'expérimenter, mais je regrette qu'ils l'aient fait. J'espère que ces tristes essais cesseront au plus tôt, et qu'ils ne seront pas encouragés dans une clinique qui n'a pas besoin du merveilleux pour être la plus brillante et la plus suivie de l'enseignement particulier.

Je vous prie, messieurs, de bien différencier ce qui peut s'adresser à l'homme et ce qui s'adresse à ses opinions scientifiques. J'ai besoin de vous assurer que je professe depuis longtemps pour M. Auzias l'estime la plus grande. Personnellement je le mets en dehors de ce débat ; mais je conserve mon indépendance pour dire bien haut que son syphilisme me paraît du mysticisme, et que je crains bien qu'en définitive sa syphilisation ne soit qu'une...... chose qui n'a pas de nom dans la science.

M. Vidal. Messieurs, dans la précédente séance, M. Musset, interne de M. Ricord, vous a présenté M. L..., docteur allemand, et vous a donné une note relative aux inoculations syphilitiques pratiquées sur ce courageux confrère. Cette note, selon moi, n'est pas complète, car l'observation de M. L... offre un double intérêt :

1° Elle doit fixer l'attention de la Société au point de vue de la syphilisation ;

2° Au point de vue de l'inoculation de l'accident secondaire.

Ce n'est qu'au point de vue de la syphilisation que la note de M. Musset a été rédigée : c'est sous le dernier rapport que je désire compléter l'observation. Les détails que je vais vous faire connaître

viennent de M. L... même; c'est lui qui les a dictés ce matin dans mon amphithéâtre, et ils ont été fidèlement reproduits par M. Pellagot en présence de médecins qui assistent aujourd'hui à la séance. Vous pourrez vous convaincre, je crois, qu'il s'agit ici d'une inoculation d'un accident secondaire et que c'est par cette inoculation que M. L... a pu se communiquer la vérole. Ce fait concorde avec ceux que j'ai déjà fait connaître à la Société et ceux qui ont été observés par d'autres médecins, soit en France, soit en Allemagne. Vous verrez ici encore une circonstance remarquable : c'est le temps qui s'est écoulé entre la piqûre, l'inoculation et le résultat pathologique. Vous constaterez, enfin, une véritable incubation bien caractérisée, ce qui n'arrive pas après l'inoculation de l'accident primitif.

Voici le fait. Je le livre à vos méditations.

M. L..., docteur allemand, s'inocula en décembre 1850 et janvier 1851, à plusieurs reprises, dix à douze chancres sur la verge. Ces inoculations avaient été pratiquées dans le but d'essayer un moyen thérapeutique particulier à l'aide duquel on pourrait en peu de temps arrêter l'ulcération chancreuse. Ces chancres furent cicatrisés au bout de huit à dix jours. Point de traitement mercuriel.

Le 8 juillet 1851, inoculation à la face antérieure du bras gauche à l'aide du pus pris sur les amygdales d'un sujet ayant la vérole constitutionnelle. Nous donnerons plus bas l'histoire circonstanciée de ce malade, telle qu'elle nous a été rapportée en public par M. le docteur L....

Le lendemain de l'inoculation, 9 juillet, rien d'apparent. Jusqu'au 18 juillet, aucun résultat ne se manifeste.

Le 18 juillet, au point où l'inoculation avait été pratiquée, apparaît une élévation d'un rouge vif, que le docteur L... qualifie de papule. Celle-ci devint grosse environ comme une lentille et se couvrit de croûtes; puis ces croûtes tombèrent et laissèrent à découvert une ulcération indurée. Un mois environ après, douleurs rhumatoïdes accompagnées d'un peu de fièvre.

Le 1er octobre, l'ulcération inoculée le 8 juillet est complétement cicatrisée; il reste une induration marquée; apparition d'une roséole.

Le 17, dans le but d'expérimenter si la syphilisation pouvait guérir la vérole, M. L... se fit inoculer et s'inocula des chancres,

dont description a été faite dans la précédente séance par M. Musset.

Voici maintenant l'histoire du malade qui a fourni à l'inoculation de M. L... :

En mai 1851, M. ...., ami de M. L... et médecin comme lui, prit un chancre à la verge, qui, le 17 juin, était complétement cicatrisé.

Le 11 juin, syphilide exanthématique, plaques muqueuses sur les amygdales des deux côtés, ganglions cervicaux postérieurs, ganglions sous-maxillaires.

Le 2 juillet, sur le bord droit de la langue et vers sa base, ulcération d'apparence particulière, comme par érosion. D'après l'opinion de M. L..., cette ulcération, qui d'ailleurs avait paru huit à neuf jours après le ganglion sous-maxillaire, était un accident consécutif.

Le 8, sur les plaques muqueuses ulcérées, que M. L... considère comme consécutives, ce même docteur prit du pus qu'il s'inocula à la partie antérieure et moyenne du bras gauche et obtint les résultats déjà indiqués.

Tels sont les détails que je soumets aux réflexions de la Société. Mon but n'a été aujourd'hui que de compléter une observation dont vous ne connaissiez qu'une partie.

M. Ricord. M. le docteur L... avait été présenté à la Société de chirurgie en vue de la syphilisation, ainsi qu'à l'Académie de médecine. Mais, puisqu'on a cru devoir détourner la question principale pour la placer sur un autre terrain et revenir sur l'inoculabilité des accidents secondaires, je me vois obligé de reprendre l'argumentation de nouveau soulevée aujourd'hui par M. Vidal. Qu'on le sache bien : ce n'est pas là une question personnelle d'amour-propre scientifique. Je ne puis pas dire : je ne veux pas que les accidents secondaires soient inoculables. Donc pas de doctrine quand même. Au contraire, si on démontre l'inoculabilité des accidents secondaires, mes résistances et l'examen sévère auquel j'ai soumis les observations publiées jusqu'à ce jour auront servi à établir une vérité de plus. Mes adversaires n'auront donc qu'à me remercier.

La loi de la non-inoculabilité des accidents constitutionnels a été reconnue par Hunter, qui ne l'avait que faiblement posée. Elle demandait à être étayée d'une manière plus ferme, et depuis vingt ans mes recherches expérimentales, je dois le dire, l'ont établie sur

des bases solides. Toujours et toujours j'ai obtenu des résultats négatifs. Cependant, on aurait pu dire qu'imbu d'une idée préconçue j'en subissais l'influence fâcheuse. Mais à côté de moi, mes honorables et savants collègues M. Puche et M. Cullerier sont arrivés aux mêmes résultats.

Chose étrange! tandis que d'un côté la loi de la non-inoculabilité des accidents secondaires est basée sur des expériences nombreuses et répétées, d'un autre côté, au contraire, M. Vidal, opérant dans les mêmes conditions, sur un même terrain, obtient toujours et presque à souhait l'inoculabilité que M. Cullerier, M. Puche et moi avons jusqu'à ce jour cherchée en vain!

Dans une première communication à cette Société, je disais : J'ai expérimenté du malade au malade jusqu'à ce jour, et j'ai toujours obtenu des résultats négatifs. J'avais cru ainsi être autorisé à établir la doctrine de la non-inoculabilité.

Mais aujourd'hui, on nous dit : Nous obtenons des résultats positifs en inoculant du malade à l'homme sain. C'est une voie nouvelle d'expérimentation qui mérite d'être suivie.

Cependant, M. Vidal, dans son observation communiquée à la Société de chirurgie l'hiver dernier, avait obtenu un résultat positif et sur le malade et sur l'homme sain. Ce fait me paraissait donc ainsi devoir rentrer dans ma manière de voir, et je concluais à l'inoculation d'un accident primitif par mon confrère chez M. Boudeville.

On m'a dit à l'époque que je répondais à la question par la question, que je commettais une pétition de principe, en admettant que la qualité d'être inoculable n'appartenait qu'aux accidents primitifs.

Mais à quels signes reconnaissez-vous les accidents secondaires, et comment les différenciez-vous des accidents primitifs? Par le siége? Mais il n'est pas une partie du corps où le chancre ne puisse être implanté. Par la forme, les bords, le fond, etc.? Mais tout cela est commun aux deux ordres d'accidents primitifs et secondaires. Est-ce par les antécédents? Mais est-ce que la syphilis constitutionnelle empêche de nouveaux accidents primitifs de se produire? M. le docteur L... en est un exemple entre mille qu'on pourrait citer. Depuis vingt ans j'ai les yeux fixés sur les ulcérations syphilitiques,

et cependant il m'est impossible quelquefois de dire: Voilà un accident primitif, voilà un accident secondaire.

L'ami du docteur L... a un chancre à la verge qui s'indure et qui est suivi d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par une roséole et par l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; il présente en outre sur les amygdales une ulcération sur le côté droit de la langue; ulcération que le docteur L..., d'après sa propre affirmation, n'a pu considérer comme se rattachant d'une manière incontestable aux accidents secondaires. Et voici les circonstances qui me paraissent, du reste, jeter sur l'origine de cette ulcération un doute profond.

A l'époque où en était de sa syphilis le confrère du docteur L..., les accidents secondaires de la cavité buccale n'ont pas les caractères qui ont été indiqués. Leur loi générale, c'est l'érythème, ce sont les papules, les plaques muqueuses. De plus, le malade portait un ganglion sous-maxillaire, un des signes les plus importants, les plus constants, les plus réguliers des accidents primitifs, c'est un témoin accusateur incorruptible, qui ne ment jamais quand on sait bien l'interroger. Donc les caractères mêmes de l'ulcération de la base de la langue et l'engorgement sous-maxillaire doivent être pris en grande considération par les esprits rigoureux et habitués à l'étude de la syphilis. Serait-il donc impossible, dès lors, que cet accident de la gorge fût un ulcère primitif? Mais ce siége est plus commun qu'on ne pourrait le croire au premier abord. J'ai rencontré des chancres sur les amygdales chez des malades qui m'ont fait l'aveu de leurs faiblesses.

Mais on me dira : le malade aurait bien su s'il avait réellement à la bouche un accident primitif, ou du moins s'il s'y était exposé? Je réponds positivement qu'il n'est pas toujours possible de connaître réellement la source où on a puisé le virus, et surtout de quelle manière il a été pris. Je donne en ce moment des soins à un monsieur qui porte un chancre sur la région lombaire, et qui en ignore complétement l'origine, si ce n'est d'avoir couché dans un lit d'auberge. Donc, s'il est possible, s'il est présumable que l'ami du docteur L... avait une ulcération primitive de la base de la langue, elle a pu être la cause ou l'effet d'une ulcération primitive aussi des amygdales, en supposant que les deux ulcérations ne fussent pas nées en même temps sous l'influence d'une même contagion.

Mais un fait capital grave, et sur lequel j'appelle toute l'attention de la Société de chirurgie, est le suivant :

Tandis que M. le docteur L... s'inoculait au Midi, il y a peu de jours, avec du pus d'ulcères primitifs, il s'inoculait en même temps, avec du pus pris sur des accidents secondaires les plus vigoureusement caractérisés de la gorge et d'autres régions, et présentant les formes les plus graves. Or, sur six inoculations qui ont été faites, six résultats négatifs ont été obtenus, tandis que toujours, et à côté, on a déterminé des chancres avec du pus d'ulcères primitifs. D'où vient cette différence? Ce ne sont certes ni la syphilisation, ni la vérole constitutionnelle qui l'expliquent, puisque toutes les inoculations d'accidents primitifs ont réussi.

Je conclus donc. Vous n'avez rien, absolument rien dans l'observation que vous avez produite, qui puisse rigoureusement vous autoriser à dire qu'il y a eu inoculation d'un accident secondaire chez le docteur L...

Je tenais, messieurs, à vous donner ces détails, à cause même de ce qui s'est passé hier à l'Académie de médecine, où, surpris par l'heure, il ne m'a été possible que de protester contre les paroles de M. Velpeau, avec lequel j'espère me retrouver sur ce même terrain.

Quant à la question de la syphilisation, dont peut-être nous aurions dû nous préoccuper d'abord, je dois dire que je m'associe de cœur, de pensée et de sympathies au remarquable travail de mon très honorable collègue M. Cullerier. Il a traduit dans un langage digne de lui toute ma pensée sur la syphilisation. Je n'ai donc rien à ajouter.

M. Vidal. M. Ricord est revenu sur la discussion qui a eu lieu déjà dans le sein de cette Société. Je ne prétends pas le suivre sur ce terrain. Les inoculations négatives qu'il a faites, quel que soit leur nombre, ne prouvent rien contre celles qui sont positives. Il est très vrai qu'il peut y avoir des chancres dans la cavité buccale, mais c'est l'exception ; il peut y en avoir sur les amygdales aussi ; ici c'est la très grande exception. Au contraire, les ulcérations de la cavité buccale sont presque toujours consécutives. Remarquez bien que la personne qui a fourni le pus d'inoculation est un confrère éclairé, et M. Ricord considère comme très savant celui qui a puisé ce pus. J'ai la même opinion sur ce confrère. Or, ces deux

médecins qui ont observé ont ici un grand avantage sur M. Ricord, qui n'a pas vu les ulcérations qui ont fourni l'humeur inoculée au bras de M. L. ... Quant aux engorgements ganglionaires, je crois qu'ils n'ont pas une grande valeur au point de vue du diagnostic des ulcérations. Le docteur qui a fourni le pus en avait sous la mâchoire; c'est-à-dire au-devant du cou, comme il en avait derrière le cou. D'ailleurs, messieurs, mon but était de compléter une observation qui me paraît très importante. Je voulais combler une lacune regrettable, voilà tout. Les esprits non préveuus jugeront.

M. Ricord. M. Vidal m'objecte que les chancres de la gorge sont exceptionnels; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est l'inoculation des accidents secondaires qui échoue toujours entre nos mains et qui réussit toujours entre celles de M. Vidal.

M. Forget prend la parole pour faire observer que la discussion soulevée par M. Vidal et habilement développée par M. Ricord a fait perdre de vue le travail remarquable lu par M. Cullerier. Je ne conteste pas l'intérêt qui s'attache à la question de l'inoculabilité des accidents secondaires de la syphilis; c'est sans doute un point de doctrine qu'il serait fort utile de voir fixé d'une manière incontestable; mais je ne pense pas que tel puisse être le résultat de cette nouvelle discussion: il en sera de celle-ci comme de celle à laquelle nous avons assisté il y a quelques mois, c'est-à-dire que chacun gardera ses convictions. Pour sortir d'embarras, si je ne craignais d'aller contre les intentions de la Société de chirurgie, je proposerais qu'une commission fût instituée dans le but d'examiner le sujet en litige; je ferais appel à MM. Vidal, Ricord et Cullerier, pour qu'ensemble ils répétassent des expériences qui lèveraient toute incertitude; car le diagnostic des ulcérations dont le produit serait inoculé, fait en commun par des hommes aussi compétents, réunirait tous les éléments de certitude, et dès lors il n'y aurait plus lieu à contestation.

Mais la question de syphilisation, qui a été l'objet de l'énergique et éloquente protestation de M. Cullerier, a un intérêt plus pressant, plus actuel; car si ce que j'ai entendu dire est vrai, des jeunes gens, vierges de toute infection vénérienne et séduits par les promesses de la doctrine de M. Auzias, iraient chaque jour se faire inoculer la vérole, en vue d'acquérir l'immunité dont nous avons vu ici un exemple si déplorable. Il y a donc urgence à ce que la

Société de chirurgie, qui, à deux reprises différentes, a été saisie de la question, se prononce; elle le doit au travail très remarquable de M. Cullerier; enfin elle se doit à elle-même de ne pas rester neutre dans cette circonstance. Pour ma part, je crois que nous ne pouvons que nous associer à la protestation de notre collègue, et je regrette que MM. Ricord et Vidal aient entièrement laissé de côté la syphilisation, et qu'ils ne se soient prononcés, ni l'un, ni l'autre, à son égard.

M. Larrey propose de clore la discussion qui s'est étendue à l'inoculation des accidents secondaires, et de la ramener aux termes où elle a été posée par l'énergique et judicieuse argumentation de M. Cullerier. Il croit donc devoir, comme président de la Société de chirurgie, protester pour elle contre la dangereuse doctrine de la syphilisation dite préventive, dans l'intérêt de la science, de la morale et de l'humanité.

La discussion est close, et la séance levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 26 *novembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Présentation de malade. — Cancer du testicule.

M. Vidal présente le malade auquel il a enlevé une tumeur volumineuse des bourses. C'est sur la nature de cette tumeur qu'une discussion a déjà eu lieu dans le sein de la Societé.

M. Vidal soutenait qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, parce qu'elle n'occupait qu'un côté des bourses. Le microscope prouva, en effet, qu'elle contenait des cellules cancéreuses, et donna ainsi raison au chirurgien.

La plaie de l'opération est cicatrisée; mais le malade offre déjà dans le bassin des duretés, des engorgements qui font redouter une récidive.

M. Vidal avait comprimé le cordon spermatique avec une grosse serre-fine au lieu de le lier. Il regrette d'avoir employé ce moyen;

car, obligé d'enlever le petit instrument après deux jours, il y a eu une hémorrhagie qui a mis les jours du malade en danger. Le sang ne put être arrêté qu'après un tamponnement du canal inguinal.

Il vaut donc mieux lier le cordon en masse ou l'artère isolément, au risque d'attendre plus longtemps la réunion complète de la plaie.

Correspondance.

M. Lallemand, membre de l'Institut, remercie la Société de chirurgie de lui avoir accordé le titre de membre honoraire.

M. Pravaz, de Lyon, remercie également la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre qui a pour but d'établir:

1° Que la sonde coudée flexible franchit bien souvent l'obstacle et pénètre dans la vessie alors que l'on avait échoué avec toutes les autres sondes;

2° Que l'idée et l'application de ce mode de catbétérisme lui appartient.

Cette lettre est renvoyée à la commission déjà nommée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Dilatation des vaisseaux lymphatiques et de la lymphorrhagie.

M. Demarquay lit un travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques et sur la lymphorrbagie. Ayant eu occasion d'observer un jeune homme âgé de dix-sept ans, affecté d'une dilatation d'un vaisseau lymphatique de la cuisse droite au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, avec dilatation du réseau lymphatique superficiel avoisinant la varice lymphatique, il a pu observer avec soin cette maladie. A cinq ou six reprises différentes, cette varice s'est rompue, et M. Demarquay a pu recueillir de la lymphe en quantité assez considérable.

Le 1er novembre, une rupture survenue le matin dans la varice a donné lieu à une lympborrhagie qui n'a pas duré moins de neuf heures.

M. Demarquay se propose de publier un travail sur l'analyse de la lymphe humaine en commun avec M. Mialhe. Il a montré les dessins micrographiques des corpuscules de la lymphe étudiés en

commun avec M. Lebert, au moment où ils s'échappaient des vaisseaux lymphatiques.

Ce fait a provoqué des recherches de la part de l'auteur du mémoire. Il a trouvé dans les auteurs un certain nombre de dilatations non-seulement des vaisseaux lymphatiques, mais encore du canal thoracique et des chilifères. Ces faits, d'ailleurs peu détaillés et insuffisants pour faire l'histoire des deux maladies sur lesquelles M. Demarquay appelait l'attention de la Société, ont été en partie reproduits par M. Breschet dans sa thèse sur les lymphatiques, et par Bérard à l'article *Maladies du système lymphatique* du *Dictionnaire en* 20 *volumes.*

Dans ces recherches, M. Demarquay a bien trouvé des observations de lymphorrhagie à la suite de lésions de quelques vaisseaux lymphatiques. C'est ainsi qu'Assalini, après une blessure à la cuisse, et Wutzer, après une blessure au dos du pied, ont pu recueillir de la lymphe en assez grande quantité.

Muller, comme chacun le sait, fit une étude de cette humeur d'après celle qu'il recueillait sur le malade du chirurgien de Bonn. Mais dans ces cas la lymphe n'était point pure, tandis que lorsqu'on vient à la recueillir à sa sortie d'un vaisseau lymphatique rompu, il n'en est plus de même; ce liquide est alors dans toute sa pureté. M. Demarquay ne trouve qu'une autre observation où la lymphe put ainsi être recueillie sans mélange, bien entendu qu'il ne parle pas du fait de Sœmmering, où il s'agit d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques qui donnaient, par la ponction de ces derniers, de la lymphe pure. Ce fait a été observé par M. le docteur Fitzer, snr une jeune fille de dix-huit ans, qui portait une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la paroi abdominale antérieure gauche. Une rupture survenue dans cette varice donna lieu à une lymphorrhagie qui ne dura pas moins de six jours, et pendant lesquels une quantité considérable de lymphe fut recueillie, ce qui permit à M. Schlossberger de faire l'analyse micrographique et chimique de cette tumeur.

L'écoulement de la lymphe, qui ne donna lieu sur le malade observé par M. Demarquay à aucun accident, fut suivi chez la jeune fille observée par M. Fitzer de syncopes au bout du sixième jour. La perte de la lymphe peut donc amener certains accidents. Les auteurs, jusqu'à ce jour, si ce n'est M. Beau, qui a publié un

travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques du prépuce, ne se sont pas occupés du traitement de ces deux maladies. M. Demarquay se propose de faire une cautérisation avec la pâte de Vienne sur les lymphatiques dilatés

Voici les qualités de la lymphe humaine à la suite d'une piqûre faite au vaisseau lymphatique dilaté : ce liquide coule tantôt par petites gouttelettes ou par un petit jet qui s'élève un peu au-dessus de l'épiderme et qui peut même être lancé à distance ; il est à peu près incolore, d'une teinte un peu louche au moment où il sort du vaisseau ; mais bientôt il blanchit, prend une teinte laiteuse et devient d'un blanc jaunâtre ; il se prend en caillot aussitôt qu'il est recueilli ; mais bientôt il se divise comme le sang en deux parties : l'une séreuse, blanchâtre ; l'autre, solide, forme le caillot qui paraît composé d'une série de filaments rougeâtres.

Discussion.

M. Chassaignac. Parmi les noms cités par M. Demarquay, je n'ai point entendu prononcer celui de M. Cruveilhier. Cependant il a fait représenter dans son Atlas d'anatomie pathologique les vaisseaux lymphatiques de l'utérus qui étaient fort dilatés.

M. Demarquay. L'observation de M. Chassaignac est juste ; mais M. Cruveilhier ne s'est occupé que de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, tandis que je m'occupe de la dilatation simple en dehors de l'inflammation.

M. Michon. J'ai écouté avec grand intérêt la lecture du travail de M. Demarquay. Notre confrère nous demande ce qu'il y a à faire dans ce cas ? Je crois qu'il ne faut employer que des moyens palliatifs, si j'en juge par analogie. Je ne crois pas que l'on puisse guérir les varices lymphatiques mieux que les varices veineuses, les unes et les autres se liant à un état général de l'économie contre lequel le traitement local ne peut rien. Suivant moi, il doit exister chez le jeune homme que nous a présenté M. Demarquay une dilatation d'une grande partie du système lymphatique du membre. Voilà pourquoi on a pu recueillir une si grande quantité de lymphe sans inconvénient pour la santé du jeune homme.

M. Demarquay. Je puis assurer qu'il ne reste chez le jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société qu'un vaisseau lymphatique malade bien isolé, avec dilatation du réseau lym-

phatique circonvoisin. On ne trouve sur la cuisse droite aucune autre dilatation que celles que j'ai indiquées.

M. Chassaignac, après avoir présenté quelques considérations intéressantes sur les lymphatiques des membres, combat M. Michon. Pour lui, les varices ne sont point incurables ; il croit que la cautérisation bien faite, si surtout les malades sont maintenus au lit, peut donner de bons résultats. Elle corrige surtout les dispositions morbides, et si elle ne donne pas des résultats constants, elle a l'avantage de mettre les malades pendant un temps assez long à l'abri de toute espèce d'accidents.

M. Nélaton. Je crois, comme M. Michon, que les varices sont incurables. Pendant mon séjour à Bicêtre, j'ai eu occasion de voir bon nombre de malades qui avaient subi des opérations multipliées pour être guéris de leurs varices ; chez aucun, je n'ai pu constater une véritable guérison.

Pour revenir au travail de M. Demarquay, je dirai que j'ai eu assez souvent l'occasion de voir des varices du prépuce. J'ai vu le malade de M. Beau. Le dessin que M. Demarquay a fait faire d'après les indications de M. Beau donne une image fidèle des dilatations. Ce malade a été guéri par l'introduction de deux petits sétons dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques ; une aiguille ordinaire a servi de moyen conducteur. Ces sétons restèrent quelques heures en place, et le lendemain les lymphatiques étaient durs, tuméfiés. Bientôt la guérison fut complète. Chez le malade de M. Demarquay, les choses ne sont plus dans les mêmes conditions ; indépendamment de la varice lymphatique, il y a dilatation du réseau superficiel des vaisseaux lymphatiques : dans ce cas, la cautérisation avec la pâte de Vienne me paraît devoir donner un bon résultat.

Traitement du croup.

M. Guersant lit un travail sur le traitement du croup. Ce travail, renvoyé au comité de publication, se termine par les conclusions suivantes :

1° Un enfant peut avoir deux fois le véritable croup.

2° Une seconde atteinte peut être aussi grave qu'une première, et on peut pratiquer une seconde fois la trachéotomie avec succès.

3° A la suite de la trachéotomie, les aliments passent quelque-

fois par la plaie, et, dans ce cas, on est souvent forcé, pour nourrir le malade, d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

4° Pour l'introduction de la sonde, on doit préférer l'introduction par les fosses nasales.

Note sur l'appareil lithotriteur du docteur J. Vinci.

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'honorable Société plusieurs modifications apportées à l'appareil de la lithotritie.

1° Le lithoclaste à cuiller a subi différentes modifications qui nous paraissent inutiles, sinon dangereuses. Ce fait a été reconnu par plusieurs éminents praticiens. Nous pensons, toutefois, que ces derniers ont eu tort, à leur tour, en voulant trop généraliser l'emploi de cet instrument.

En effet, après avoir écrasé trois, deux et même une fois la pierre, la cuvette de la femelle s'engorge, le détritus se tasse; dans le but d'obvier à ce grave inconvénient, on a déjà fait de nombreuses tentatives qui, comme nous venons de le dire, sont sujettes à de grandes objections.

On le conçoit aisément, cet engorgement rend inefficace tout effort ultérieur.

Il faut donc retirer l'instrument avant que d'avoir pu écraser une quantité notable; mais, alors qu'on retire l'instrument, se présente une autre difficulté : c'est l'écartement inévitable des mors. Il y a donc, dans cette pratique, nécessité de recommencer souvent l'opération et de subir chaque fois les conséquences de l'engorgement.

De ces considérations résulte, pour nous, que le lithoclaste à cuiller simple, ou tel qu'on l'a modifié jusqu'ici, est moins propre à diviser et à pulvériser qu'à ramasser.

J'ai pratiqué au delà de cent opérations de lithotritie, tant en Italie qu'à Malte; mon frère, professeur de clinique chirurgicale à Catane, l'a pratiquée au moins aussi souvent que moi. Cette double expérience m'a démontré que le lithoclaste fenêtré et à pignon mérite de beaucoup la préférence sur l'instrument dont nous venons de parler. Voici maintenant la modification que nous avons apportée au lithoclaste à cuiller.

Notre attention a dû se porter sur le moyen de dégorger la cuvette, afin de pouvoir continuer à volonté la durée des séances

comme avec le *fenêtré*, et de n'avoir pas à retirer l'instrument engorgé.

Nous avons fait fabriquer par M. Charrière un lithoclaste à mors *plats*, sans *rebords* et sans *cuvette* et à simple *cylindrique*. A l'aide d'un mécanisme dans le carré et dans l'armure, on obtient, moyennant deux rondelles : 1° l'action la *plus complète* des instruments à coulisses; 2° un mouvement latéral qui dégorge complétement les mors en les faisant jouer l'un sur l'autre (à l'aide de la rondelle inférieure); 3° un mouvement de fixation qui rend à l'instrument son action n° 1 (rondelle supérieure ou petite).

2° Le lithoclaste fenêtré, quoique simplifié aujourd'hui, présente encore un grand inconvénient : dans le carré, les branches sont dépourvues de rainures et de coulisses. De là résulte un déplacement de la crémaillère lorsqu'on a saisi le calcul; tandis que le pouce de la main gauche appuie sur la rondelle du simple, celui-ci se déplace en haut, d'où changement de rapport entre les deux branches.

J'ai fait pratiquer aussi des rainures et des coulisses dans le carré de cet instrument.

3° Les pinces destinées à *écraser* les calculs ou fragments engagés dans l'orifice externe de l'urètre ou dans la fosse naviculaire, sans être assez efficaces, ont tous les inconvénients des pinces articulées. La main est entièrement active. J'ai fait construire une pince à vis verticale et à branches élastiques : d'où facilité dans son application, moins de douleur pour le malade et puis économie de force.

4° Les pinces à *extraire* les mêmes corps de ces régions du canal présentent l'inconvénient de pincer la muqueuse. Cet inconvénient est affaibli par la forme elliptique des branches; par contre, cette forme rend l'instrument inutile. J'ai à cet effet fait fabriquer une pince à branches inégales.

5° Les mors des pinces bilabées qu'on emploie dans le même but, mais pour des régions plus profondes, exposent également au pincement. Nous avons aussi rendu leurs branches inégales.

6° J'ai fait fabriquer une pince à six branches garnies à l'intérieur en baudruche et un stylet au centre. Elle est munie de canules de rechange en gomme pour accroître à volonté le diamètre dans l'étendue de la gaîne métallique de l'instrument.

7° J'ai fait fabriquer aussi de fortes bougies en argent à bout vésical concave pour repousser dans la vessie les calculs ou fragments arrêtés dans la région interne de l'urètre.

De la comparaison de tous ces instruments, nous croyons pouvoir conclure que :

Le lithoclaste à cuiller est un instrument propre à ramasser et non à briser ou pulvériser, malgré les modifications qu'on y avait apportées ;

Le lithoclaste fenêtré a l'avantage de prolonger les séances sans s'engorger, mais il a l'inconvénient de ne pas réduire la pierre en poudre ;

Notre lithoclaste, que nous appellerons pulvérisateur, puisqu'il écrase et pulvérise, ayant la faculté de ne pas s'engorger, remplit réellement le but des deux instruments précédents ;

Même dans les cas de calculs durs ou volumineux, après une division préliminaire par le lithoclaste fenêtré, mon instrument reprend ses avantages.

D'où il ressort que le lithoclaste à cuiller ne peut être employé avec avantage que dans les cas où, pour des motifs qu'il serait trop long d'énumérer, il est nécessaire d'extraire la matière calculeuse.

Le lithoclaste fenêtré, dans les cas exceptionnels où il est indiqué, doit être employé avec notre modification, afin que le calcul soit fixément maintenu.

Nos pinces, tant celles modifiées que celles inventées, nous paraissent offrir les avantages d'une application facile, d'une efficacité certaine, sans avoir les inconvénients des anciennes, tels que le pincement de la muqueuse, etc.

Enfin, nous signalerons à la bienveillante attention de la Société la sonde à bout vésical concave, destinée au refoulement des concrétions calculeuses engagées dans la région prostatique de l'urètre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 3 décembre 1851.

Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

Le ministre de la guerre informe M. le président que, d'après un rapport du conseil des armées, un abonnement est pris aux Mémoires et aux Bulletins de la Société de chirurgie pour la bibliothèque du Val-de-Grâce. Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre de la guerre.

— M. Bonnet (de Lyon) adresse à la Société un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles observations de ruptures d'ankyloses angulaires du genou*, *suivant la méthode de M. Palasciano*, modifiée par M. Bonnet, et demande le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Chassaignac, Debout, Maisonneuve, est chargée de faire un rapport.

— M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, fait hommage de son journal à la Société. — Des remercîments unanimes sont adressés à M. Debout.

— M. Hairion (de Louvain) fait hommage à la Société d'un travail ayant pour titre : *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin*, *envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.* — M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.

— MM. Desgranges et Lafargue, médecins à Bordeaux, adressent un mémoire ayant pour titre : *Soupçon d'empoisonnement par l'acide arsénieux.* La cause présumée de la mort paraît être la circulation dans le système artériel des principaux organes d'une substance organique spéciale ayant l'aspect de corpuscules inorganiques, anatomie pathologique de cet état maladif du liquide sanguin, lié à une chlorose.

Varices. — Suite de la discussion.

M. Chassaignac revient sur les idées qu'il a émises dans la précédente séance touchant la cure des varices. Il insiste sur la néces-

sité de soumettre les malades à un traitement convenable parmi les personnes affectées de varices. Il en est un certain nombre pour lesquelles le traitement palliatif est impossible, à cause des professions qu'elles exercent.

M. Lenoir. J'ai eu occasion, à Necker, de voir bon nombre de malades opérés par Bérard. Non-seulement je n'ai point constaté de succès par la cautérisation avec la pâte de Vienne, procédé opératoire auquel s'était arrêté Bérard, mais encore j'ai vu des malades dont la situation était aggravée. Ils avaient de l'œdème des membres inférieurs, déterminé par la destruction des veines et des vaisseaux lymphatiques. Pour cette raison, je préfère un traitement palliatif fait avec un bas lacé en caoutchouc vulcanisé qui maintient le membre, et empêche les varices de se développer et de se rompre.

M. Huguier. J'ai vu, comme mes collègues, des malades opérés par MM. Velpeau et Bérard sans avantage aucun. J'ai fait des recherches dans le but de déterminer quelle était la cause constante de ces insuccès, et j'ai démontré que les veines superficielles des membres s'anastomosent largement avec les veines profondes; d'où le rétablissement facile de la circulation. De plus, j'ai démontré qu'il existe une veine plus ou moins développée partant de la saphène externe pour aller se jeter dans la sciatique, et que j'ai appelée *sciatico-poplitée* Voilà, suivant moi, la cause des insuccès des opérations tentées pour oblitérer les veines.

M. Michon. La question de la curabilité des varices soulevée à propos du travail de M. Demarquay est intéressante. Beaucoup de chirurgiens, à Paris, semblaient revenus des espérances qu'ils avaient conçues à l'occasion des différents modes de traitement qui avaient été appliqués aux varices de veines; mais, à Lyon, plusieurs chirurgiens éminents et, à Paris, M. Chassaignac se montrent encore partisans de la cure radicale des varices. J'espère que les résultats qu'ils obtiendront seront plus probants que ceux obtenus par leurs prédécesseurs dans la même voie. Il semble que la nature elle-même soit impuissante à oblitérer les veines. Ne voyons-nous pas très souvent l'inflammation survenir dans les veines variqueuses et amener l'oblitération de celles-ci? Eh bien! grâce à la circulation qui se fait par les voies collatérales, ces veines oblitérées redeviennent perméables comme avant. J'ai vu beaucoup de

malades opérés par des chirurgiens distingués, et je n'ai observé aucun résultat heureux de ces opérations. M. Chassaignac nous dit que les malades opérés par la cautérisation doivent rester trente à quarante jours au lit. A-t-il cherché à déterminer ce que le repos seul peut donner dans ces circonstances? Si la cautérisation n'amène pas une oblitération complète des veines, si elle ne pallie que les accidents, je la rejette à cause des traces indélébiles qu'elle laisse, et je préfère de beaucoup les moyens palliatifs signalés par M. Lenoir.

M. Chassaignac. La question en litige ne peut être jugée que par les faits. Je m'engage à mettre la Société à même de juger par elle-même, en lui présentant le malade que je soumettrai à une opération; j'ajouterai seulement, en terminant, que, pour guérir, il faut oblitérer la transformation fibreuse des veines et soumettre les malades au repos pendant un certain temps.

Discussion sur la lymphorrhagie.

M. Lebert insiste, à l'occasion du procès-verbal, sur la profonde différence qui existe entre la lymphe telle qu'elle a pu être recueillie sur le malade de M. Demarquay et la lymphe coagulable des produits inflammatoires. Cette idée, qui, un moment abandonnée, a été de nouveau mise en usage par quelques pathologistes de ces derniers temps, ne renferme qu'une notion erronée; les globules de la lymphe sont on ne peut plus différents de ceux du pus, et le sérum de la lymphe se distingue encore de celui du pus par la formation constante d'un caillot fibrineux immédiatement après que la lymphe est sortie du vaisseau.

M. Lebert exprime ensuite l'opinion que probablement beaucoup de cas de sécrétion lactée par une autre partie du corps que par la glande mammaire ne sont autre chose que des varices lymphatiques qui fournissaient de temps en temps des lymphorrhagies. Tel était probablement un cas qu'il a observé en 1833 à Zurich, cas dans lequel c'est par le scrotum que se faisait de temps en temps une sécrétion d'apparence lactée, liquide qui offrait tous les caractères de la lymphe qui nous a été présentée par notre collègue M. Demarquay.

M. Demarquay. Comme M. Lebert, en observant la lymphorrhagie dont j'ai rendu témoin la Société de chirurgie, je me suis de-

mandé si certaines collections de liquide d'apparence laiteuse n'étaient point dues à une collection de lymphe. Quant au fait curieux observé par M. Vidal et auquel il a donné le nom de galactocèle, je ne crois pas que dans ce cas on ait eu affaire à du lait. Ce liquide est trop complexe pour qu'il puisse être fourni par l'exhalation d'une membrane séreuse; il faut qu'il soit élaboré par une mamelle, et je ne sache pas qu'aucun organe de ce genre ait jamais été trouvé dans la région scrotale. L'analyse chimique, faite par M. Lecomte, préparateur de M. Magendie, et M. Grassi, pharmacien de l'hôpital du Midi, ne démontre pas d'une manière certaine que le liquide retiré par M. Vidal fût du lait : il manque un élément important, le phosphate de chaux; le sucre, s'il existe, est à peine notable. M. Lecomte, à qui je montrais de la lymphe recueillie en votre présence et à qui je posais la question suivante : A quoi comparez-vous ce liquide? me répondit sans hésiter : Au liquide qui m'a été remis par M. Vidal. Si le galactocèle n'existe pas, le fait de M. Vidal n'en est pas moins curieux. Ce liquide pris pour du lait, serait-ce par hasard de la lymphe donnée par les vaisseaux lymphatiques du scrotum dilatés? Ces derniers se seraient-ils rompus dans la tunique vaginale? A la rigueur, cela est possible, mais non démontré. Sans invoquer la présence du lait dans la tunique vaginale, on comprend qu'un liquide d'apparence laiteuse puisse s'y rencontrer.

M. Debout. Je ferai remarquer à M. Demarquay que M. Vidal signale positivement dans la composition du liquide qu'il a retiré de la double tumeur des bourses de son malade du sucre et une matière très analogue à la caséine. Comme M. Demarquay, je soupçonne quelque erreur dans cette analyse.

Le hasard, qui se plaît à grouper les faits les plus insolites, soumettait pour la première fois à l'observation de M. le professeur Velpeau, après un mois d'intervalle, un fait semblable à celui de M. Vidal. Le liquide tiré de l'hydrocèle d'un homme de trente-quatre ans, d'assez chétive apparence, présentait, aussitôt sa sortie de la tunique vaginale, toutes les apparences du lait; mais, après quelque temps de contact avec l'air, il a pris une teinte brun-foncé. L'analyse complète n'a pas été publiée; cependant un premier examen a permis à M. Chevalier de constater de l'albumine, du sang et du pus. Le fait de M. Demarquay appellera l'attention sur les

analyses ultérieures; mais un enseignement reste qu'il importe de mettre en relief, c'est que, toute diverse en apparence que se soit montrée la composition des liquides, ces cas d'hydrocèles n'en ont pas moins guéri sous l'influence des injections iodées.

Kystes de l'ovaire.

M. Huguier lit un rapport au nom de la commission chargée d'examiner le travail de M. Ad. Richard, dans lequel l'auteur démontre que certains kystes de l'ovaire viennent s'ouvrir dans la trompe. M. le rapporteur, après avoir rendu un compte exact du fait anatomique observé par M. Richard, examine si, dans d'autres localités de l'organisation, il n'a point été donné au médecin d'observer quelque chose d'analogue à ce qu'a signalé M. Richard. Ces recherches de M. le rapporteur n'ont pas pour but de diminuer l'intérêt qui s'attache au travail qu'il était chargé d'examiner; bien loin de là, il regarde M. Richard comme ayant le premier bien vu la communication du kyste de l'ovaire avec la trompe; il signale l'importance de cette communication, et propose à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son intéressant travail au comité de publication.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 10 *décembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La Société reçoit:

1° De M. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire* de Larrey père;

2° De M. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer;*

3° De M. Ricord, *Lettres sur la syphilis;*

4° De M. Boinet, un *Mémoire sur les injections iodées dans a cavité péritonéale.*

Des remercîments sont adressés aux auteurs.

Rapport.

M. Bayard (de Cirey) ayant adressé il y a peu de temps un travail à la Société de chirurgie sur la structure du cristallin et sur la capsule cristalline, M. Lenoir, chargé de faire un rapport verbal sur ce travail, s'exprime dans les termes suivants :

Notre confrère M. Bayard n'exprime dans son travail aucune idée nouvelle sur la structure du cristallin. Suivant lui, la capsule de ce dernier ne serait qu'une expansion de la membrane hyaloïdienne. Cette idée a déjà été émise par Winslow, et, de plus, elle est fausse. La capsule cristalline diffère de l'hyaloïde :

1° Par son épaisseur,
2° Par sa vascularité,
3° Par ses caractères chimiques,
4° Par ses altérations.

Est-il vrai, comme le prétend l'auteur, que la cataracte débute toujours par la nécrose de la capsule ? Cette opinion-là n'est pas soutenable ; nous savons tous que souvent il existe des cataractes avec l'intégrité de la capsule. Il n'est pas plus vrai de dire que l'opération de la cataracte par extraction expose davantage aux cataractes secondaires que l'opération par abaissement.

En conséquence, avant de poser des conclusions favorables à l'auteur, je proposerai à la Société d'attendre que M. Bayard nous ait adressé les travaux plus importants qu'il nous promet.

A l'occasion du rapport de M. Lenoir, M. Lebert communique le résultat de ses recherches sur les cataractes. La structure est tout à fait différente, selon que celle-ci est dure ou molle. Dans la cataracte dure, il y a un racornissement des fibres rubanées du cristallin ; leur largeur diminue, et toute leur surface paraît comme grenue et hérissée de petites pointes, ce qui tient à un simple dessèchement, une espèce de racornissement sénile avec perte de la transparence et teinte jaunâtre.

Dans la cataracte molle, il s'opère un tout autre travail ; les fibres du cristallin se brisent, se désagrègent, se ramollissent, leur transparence fait place à un trouble plutôt lacté ; on reconnaît des granules et même des stries dans la substance des fibres, et il est très difficile de dire si ces granules y sont déposées par exsudation

ou par altération intrinsèque des fibres elles-mêmes. Dans les cataractes molles, on trouve en outre parfois des amas blanchâtres dans lesquels le microscope fait voir des granules moléculaires d'apparence graisseuse, et une quantité très considérable de cristaux de cholestérine. Les cellules de la liqueur de Morgagni, enfin, nous ont présenté plusieurs fois, dans ces cas, l'infiltration granulo-graisseuse.

La cataracte dure est donc une espèce de dessèchement, tandis que la cataracte molle est plutôt due à une tendance à la diffluence, au ramollissement et à l'altération granulo-graisseuse.

Quant à la cataracte dite traumatique, j'ai eu occasion de l'étudier en 1847, à une époque où je faisais de nombreuses expériences pour produire artificiellement la cataracte et pour observer la régénération du cristallin. Je suis arrivé alors à ce résultat, qu'il n'est pas facile du tout de provoquer des cataractes chez les lapins par la vulnération de la capsule et du cristallin. Je n'ai trouvé dans mes dissections que des altérations dues à une inflammation traumatique, et le trouble capsulaire n'avait d'autres éléments qu'une exsudation plastique granuleuse, peu ou point corpusculaire; on sera, par conséquent, probablement obligé de séparer complétement la cataracte traumatique de celle qui se forme spontaném t, sans compter que celle-ci paraît comprendre, sous une même dénomination, des altérations morbides bien diverses.

Dans mes recherches sur la cataracte spontanée, j'avais le double but de connaître d'abord les structures des produits morbides et de voir ensuite si le trouble du cristallin était de nature à pouvoir être résorbé sans opération. Je suis arrivé à la conviction intime que cette prétention, que plusieurs oculistes ont fait valoir depuis longtemps et encore de nos jours, était contraire tout à fait à l'observation et à la physiologie pathologique de la cataracte. Sans vouloir prononcer le mot de charlatanisme, j'y trouve au moins une étrange exagération, et je serais heureux si mes collègues de la Société de chirurgie voulaient bien m'éclairer du résultat de leur expérience sur ce point de la pratique.

M. Maisonneuve. Je suis complétement de l'avis de M. Lebert. Je crois, comme lui, que la cataracte vraie est incurable. Tous les essais que j'ai faits, malgré la persévérance que j'y ai mise, ont été sans résultat.

M. Boinet. M. Sanson avait autorisé M. Gondret à faire des expériences dans son service avec la pommade ammoniacale, et les résultats qu'il avait fait espérer ont été complétement nuls en ce qui concerne les cataractes cristallines, tandis que la cataracte capsulaire liée à un état inflammatoire aurait cédé quelquefois.

M. Michon. J'ai repris sans aucun succès le traitement de la cataracte préconisé dans le journal de M. Malgaigne; je crois, comme mes honorables collègues, que la cataracte vraie cristalline est incurable par les soins médicaux seulement. Mais je pense, comme M. Sanson, que l'on peut obtenir la guérison des cataractes capsulaires liées à un état inflammatoire de cette membrane.

M. Guersant n'a jamais obtenu la guérison d'une cataracte vraie par les traitements qu'il a mis en usage avec une grande énergie; tandis que chaque année, à l'hôpital des Enfants, il voit guérir des cataractes traumatiques soit par les seuls efforts de la nature, soit secondés par une médication active.

M. Giraldès appuie M. Lebert en ce qui est relatif à la difficulté de produire des cataractes vraies sur les animaux vivants. Les inflammations de la capsule, suivant lui, peuvent être telles qu'elles amènent la nécrose du cristallin : d'où, par conséquent, la production d'une cataracte traumatique réfractaire à nos moyens de traitement.

M. Chassaignac. J'ai fait une observation relativement aux cataractes capsulaires traumatiques; c'est que, lorsque la résolution s'est opérée, il se fait à la partie inférieure de la capsule un dépôt de matière blanchâtre, comme dans l'onix. Je crois aussi les cataractes vraies incurables; mais je pense que, par un traitement convenable, on peut retarder la marche de l'affection et maintenir la vue dans un état satisfaisant pendant un temps assez long. La belladone m'a souvent donné ce résultat.

M. Chassaignac a observé l'affaiblissement graduel spontané des solutions de belladone, et il pense qu'il y a lieu à établir, comme règle pratique, que, quand on veut employer des instillations à effet constant, il faut employer des dissolutions préparées au moment même et dans des proportions toujours les mêmes.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 17 *décembre* 1851.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le professeur Roux fait hommage à la Société d'un exemplaire de l'Eloge de Bichat et Boyer.

Ce professeur adresse, en outre, une lettre par laquelle il s'excuse de ne pouvoir prendre part momentanément à nos travaux. La lettre de M. Roux est lue à la Société, et des remercîments lui sont adressés.

— M. Danyau dépose sur le bureau de la Société son rapport sur le travail du docteur Sulikowski, ayant pour titre : *Observation de superfétation ombilicale congénitale d'une fille de quatorze ans*, guérie au moyen d'une opération extraordinaire.

La Société a reçu, en outre :

1° Le numéro de décembre du journal de M. Lucas Championnière;

2° Un numéro de la *Gazette médicale des Etats sardes ;*

3° Un mémoire de M. Dufour sur une nouvelle espèce de tumeur de la voûte crânienne.

M. Chassaignac, rapporteur.

Présentation de malades. — Exostose vertébrale.

M. Huguier présente un malade âgé de dix-neuf ans, sur lequel on voit à la partie inférieure de la région dorsale une tumeur du volume d'un gros citron, bien limitée, arrondie, sans changement de couleur à la peau, ni adhérence des téguments. Elle s'étend depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'à la douzième; elle a 0,1 de hauteur sur 0,06 de largeur; elle est située sur la ligne médiane, qu'elle déborde de 0,025 à droite, et de 0,04 à gauche.

Du côté droit elle offre ceci de remarquable, que les doigts refoulant les parties molles peuvent glisser entre la tumeur et les apophyses transverses, et presque rejoindre les apophyses épineuses.

La tumeur a une consistance tout à fait osseuse et une fixité aux os voisins (apophyses transverses ou côtes) telle que rien ne peut l'ébranler, et que les mouvements qu'on lui imprime sont transmis au reste du corps du malade. Sa base se confond avec les os dont nous venons de parler; elle paraît se prolonger un peu vers la onzième côte.

Il semble que la tumeur part de la tubérosité des trois dernières côtes gauches, et surtout des apophyses transverses correspondantes et des lames des vertèbres, et qu'elle se dirige obliquement en haut et surtout en dedans, et enfin dépasse à droite la ligne médiane.

Elle offre ceci de remarquable que, dépendant de trois vertèbres, elle ne présente aucune bosselure.

Pendant les mouvements de flexion ou d'extension du tronc, la main, placée sur la tumeur, perçoit une sensation de crépitation fine et nombreuse causée par le frottement sur la tumeur des muscles longs du dos, que l'on sent se déplacer entre le tégument et la tumeur. On la perçoit aussi dans les grands mouvements des membres, toutes les fois que les muscles se contractent. Aucun symptôme fonctionnel n'est ressenti; les membres inférieurs sont bien développés, ils sont très libres dans leurs mouvements; le malade n'a jamais eu de fourmillement ni d'engourdissement.

Ce fait intéressant a été recueilli par M. Moynier, interne du service.

Reprise de la discussion sur la cataracte.

M. Robert. En 1820, l'Université de Tubingen avait proposé pour question de prix le sujet qui nous occupe, et M. Dietrich publia à cette occasion un mémoire où sont relatées les nombreuses expériences tentées par lui sur les animaux.

D'après ce travail, il semblerait que l'on peut assez facilement produire des cataractes et en étudier l'évolution; l'auteur dit avoir produit des cataractes, soit membraneuses, soit lenticulaires, en piquant ou en blessant de diverses manières soit la capsule, soit le cristallin lui-même. D'après ces résultats, il serait facile de résoudre expérimentalement les questions anatomo-pathologiques qui se rattachent à l'histoire de la cataracte traumatique.

M. Robert a voulu, il y a quelques années, répéter ces expériences; il en a tenté un assez grand nombre, soit sur des chiens de

divers âges, soit sur des lapins. Or, de quelque manière qu'il ait lésé la capsule antérieure ou postérieure, ou le corps même du cristallin, jamais il n'a réussi à provoquer la formation d'une cataracte lenticulaire.

Les lésions de la capsule ont souvent déterminé une opacité et un épaississement très circonscrits de la capsule, le plus souvent passagers. Quant au cristallin, sans perdre sa transparence, il s'est légèrement boursouflé, et les parties circonférentielles en sont venues faire hernie à travers les déchirures de la capsule.

Très étonné de ce résultat, qui était en opposition directe avec ceux de M. Dieterich, M. Robert ne savait comment en concevoir l'explication. Les résultats obtenus par M. Lebert et M. Giraldès étant analogues aux siens, il est maintenant convaincu que M. Dieterich a dû commettre des erreurs dans l'observation et l'appréciation des faits.

Ainsi, l'expérimentation ne pouvant donner aucun élément à l'étude anatomo-pathologique de la cataracte traumatique, il reste pour l'élucider l'observation clinique. Or la question est complexe, car les conditions du traumatisme sont ici nombreuses et variables. Le cristallin peut être simplement ébranlé par suite d'un coup sur l'œil ou sur la tête. La capsule peut être piquée, incisée, dilacérée avec ou sans perte de substance; le cristallin peut être luxé, etc., etc.

Qu'arrive-t-il dans tous ces cas? Les lésions de la capsule entraînent-elles nécessairement son opacité, et le cristallin est-il ou non destiné dans ces cas à perdre également sa transparence? Pour résoudre ces questions, on est souvent arrêté par les difficultés du diagnostic. En effet, il est toujours difficile, et même quelquefois impossible de déterminer le siége réel de l'opacité: s'il est dans la capsule exclusivement, si derrière elle ne se trouvent point altérées les couches circonférentielles et liquides du cristallin (l'humeur de Morgagni), ou si enfin le cristallin seul n'aurait pas perdu sa transparence sans que la capsule ait été modifiée.

Si l'on parvient à résoudre quelquefois ces difficultés, il faut, dans les cas où la guérison de la cataracte survient, déterminer le mécanisme de cette guérison. Les parties opaques peuvent-elles reprendre leur transparence, ou le retour de la vision ne peut-il s'effectuer sans que le cristallin ou la capsule ait été résorbé? A cet

égard, l'opinion des observateurs n'est point unanime; quelques-uns ont paru croire que les parties devenues opaques ne sont plus susceptibles de recouvrer leur transparence. Cependant, plusieurs faits prouvent le contraire. Marjolin père m'a raconté, dit M. Robert, avoir vu chez une dame une cataracte survenue à la suite d'un coup de bouchon d'une bouteille de champagne ; il combattit énergiquement les accidents inflammatoires concomitants et le cristallin recouvra promptement sa transparence.

M. Stœber (de Strasbourg) a publié dans les *Annales d'oculistique*, tome III, l'observation d'un enfant dont la capsule cristalline blessée par la pointe d'un couteau devint opaque, et recouvra sa transparence au bout de quelques jours.

Enfin M. Robert a observé le fait suivant : en 1835, un cultivateur, abattant des châtaignes, eut l'œil gauche blessé par un des piquants qui hérissent la coque de ce fruit. Ce corps aigu avait traversé la cornée et s'était implanté dans le cristallin. Quelques jours s'étaient écoulés depuis l'accident, et déjà l'appareil cristallinien présentait une teinte uniforme d'un blanc de lait, dont il fut impossible de déterminer le siége précis. M. Robert, par une incision faite à la cornée, fut assez heureux pour extraire en totalité le corps étranger qui faisait encore une petite saillie en dehors. On pratiqua au malade une large saignée, l'œil fut couvert de compresses imbibées d'eau froide. Le lendemain, l'opacité avait un peu diminué, et au bout de quarante-huit heures elle avait complétement disparu.

D'un autre côté, dans plusieurs cas de cataracte survenue à la suite d'un coup sur l'œil, la guérison s'est effectuée spontanément par une espèce d'exfoliation et de résorption; telles sont les observations rapportées par M. Janson (de Lyon), M. Mondières (de Loudun), etc.

Le hasard m'a donné, dit M. Robert, l'occasion d'étudier le mode de formation et de guérison des cataractes traumatiques dans les circonstances que voici : lorsque, à la suite d'iritis, des fausses membranes se sont formées dans le champ de la pupille, j'ai pour habitude de les extraire avec une pince que j'introduis au moyen d'une petite incision faite à la cornée. Quatre fois j'ai trouvé ces fausses membranes adhérentes à la capsule du cristallin, de telle sorte qu'en les extrayant j'ai dû nécessairement arracher avec elles

un lambeau de cette capsule, ce que j'ai pu reconnaître immédiatement en étudiant à la loupe et sous l'eau les portions enlevées, et je me suis assuré de plus que la capsule cristalline était pellucide. D'ailleurs, aussitôt après l'opération, j'avais constaté que la pupille était nette. Eh bien! constamment vers le quatrième jour, une légère phlogose s'est manifestée dans l'œil, et en même temps le cristallin et sa capsule sont devenus complétement opaques. La première fois que j'observai ce fait, je craignis que la vision ne se rétablît point. Mais peu à peu le cristallin s'est boursouflé, il a fait en quelque sorte éclater la capsule, dont les fragments opaques se sont ou détachés, ou résorbés sur place. Quant au cristallin lui-même, il est tombé peu à peu et par flocons dans la chambre antérieure, où il a été également résorbé. Ce travail a été complet entre le cinquantième et le soixantième jour. Ces mêmes phénomènes se sont reproduits de la même manière dans les cinq autres cas.

En résumé, dit M. Robert, mon opinion est que dans les cataractes traumatiques déterminées par des contusions ou des lésions peu étendues, telles que piqûres ou incisions très bornées, la guérison peut s'effectuer par le retour des parties à leur transparence normale; mais que dans les cas où les lésions sont très étendues, et surtout avec perte de substance, il faut qu'il y ait nécessairement résorption du cristallin et de sa capsule. Du reste, cette question est loin d'être jugée; elle appelle de nouvelles observations.

M. Boinet. J'ai eu occasion d'assister à quelques opérations de cataracte dans lesquelles on déchirait seulement la capsule antérieure; dans ce cas, il se produisait un épanchement de sérosité et de sang entre le cristallin et sa membrane, à mesure que la résorption se faisait on constatait que le cristallin restait intact; il pense qu'il faut plus de soixante jours pour amener la résorption du cristallin; il estime à une année le temps nécessaire à l'absorption de cette lentille.

M. Chassaignac. A l'appui de la résorption et du déplacement des molécules opaques, je citerai l'observation d'un jeune homme qui a reçu un coup de foret dans l'œil; il survint une blessure de la cornée, et une cataracte qui avait une teinte verdâtre; à mesure que l'on observait le malade le disque venait plus transparent dans

le haut; il y a eu accumulation de molécules opaques à la partie inférieure. Il croit que l'opacité était déterminée par le pus.

M. Guersant. J'ai eu souvent occasion de voir à l'hôpital des Enfants des cataractes suite de contusion et par blessure. J'ai pu remarquer que la cataracte, dans le cas de contusion, était plus marquée et résistait davantage au traitement. Dans le cas de plaie, au contraire, la maladie cédait mieux à un traitement énergique.

M. Robert. Les faits signalés par MM. Chassaignac et Guersant sont intéressants. Quant à ceux signalés par M. Boinet, c'est à tort, suivant moi, qu'il compare ce qui se passe dans un appareil cristallinien sain blessé à ce qui se passe dans cet appareil cataracté et soumis à l'opération.

Dilatation forcée de l'anus. Rapport verbal sur la thèse de M. Pelletier.

M. Maisonneuve. M. Récamier, dans un travail intéressant publié il y a quelques années sur l'extensibilité musculaire, parle du massage cadencé de l'anus, dans le cas de contracture du sphincter anal. Ce travail fit peu de sensation; mais, ayant eu occasion de voir le professeur Récamier pratiquer le massage cadencé de l'anus, autrement dit la dilatation forcée du sphincter anal, j'ai fait un certain nombre de recherches sur les avantages de cette opération, et je suis arrivé au résultat suivant, à savoir : que la dilatation forcée est avantageuse pour guérir :

1° La constipation simple et opiniâtre des femmes;

2° La contracture simple, sans fissures;

3° La contracture compliquée de fissures;

4° La contracture avec complication d'hémorrhoïdes ;

5° Ténesme des pays chauds.

M. Pelletier, qui a été mon interne, et qui a pu constater les avantages de la dilatation forcée dans les cas signalés plus haut, a fait une bonne thèse, éminemment pratique, où il a bien résumé les éléments de la question. En conséquence, je demande que sa thèse soit déposée dans nos archives et que des remercîments lui soient adressés.

M. Lenoir. Je regrette que M. Maisonneuve ait oublié de citer M. Monod, qui a lu au sein de la Société un mémoire sur les avantages de la dilatation forcée de l'anus. Je regrette, de plus, que

cette opération ne soit pas plus connue des praticiens. J'ai eu assez souvent l'occasion de la mettre en usage toujours avec succès : tout récemment encore, sur un magistrat qui souffrait depuis plusieurs années, malgré les nombreux traitements qu'il avait essayés, la dilatation forcée le guérit radicalement. Cette opération est fort douloureuse; il importe donc d'administrer le chloroforme.

Mais, le chloroforme relâchant le sphincter, il importe, pour vaincre la résistance de ce muscle et déchirer un certain nombre de ses fibres, de produire une plus grande dilatation. Quand on fait la dilatation du sphincter anal avec ou sans le sommeil chloroformique, on produit un petit bruit particulier comme une déchirure ; c'est l'indice certain d'une dilatation convenable. Cette opération, en même temps qu'elle produit la rupture des fibres musculaires, amène la formation d'une ecchymose souvent peu considérable, mais quelquefois assez forte pour prendre la proportion d'une petite complication. Un de nos collègues a vu cette ecchymose devenir le siége d'un travail inflammatoire et s'abcéder.

M. Lenoir, en terminant, propose l'introduction temporaire d'une mèche assez volumineuse dans l'orifice anal ; il s'est bien trouvé de l'usage de ce moyen, qui, suivant lui, prévient le trombus du pourtour de l'anus.

M. Demarquay. Dans un travail publié en 1845, dans les *Archives générales de Médecine*, sur la fissure à l'anus, j'ai préconisé, en m'appuyant sur l'autorité de Blandin et de M. Jules Guérin, la ténotomie sous-muqueuse du sphincter anal dans le traitement des fissures de l'anus, et j'ai rapporté dans ce mémoire un bon nombre d'observations à l'appui des doctrines que je défendais. Depuis, MM. Maisonneuve et Monod ont justement préconisé la dilatation forcée de l'anus pour guérir non-seulement la fissure à l'anus, mais encore la contracture du sphincter sans fissure. Je comprends que, dans les cas simples, cette opération soit préférée à celle de Boyer et même à celle de Blandin. Lorsque la contracture du sphincter est compliquée d'hémorrhoïdes volumineuses non enflammées, la dilatation forcée est-elle encore indiquée? Je comprends qu'elle soit encore applicable dans ce cas, bien qu'elle expose infiniment plus aux épanchements sanguins considérables, sur lesquels M. Lenoir appelait justement l'attention de la Société ; mais si ces tumeurs hémorrhoïdaires sont enflammées, en même temps

qu'étranglées par la contracture du sphincter, doit-on encore recourir à la dilatation forcée ? Je ne le crois pas. La dilatation, dans ce cas, expose à une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire périphérique de l'anus et des parties voisines, à la phlébite même; tandis que la ténotomie sous-muqueuse n'expose point à cet inconvénient. Dans plusieurs circonstances, j'ai vu Blandin agir de la sorte avec grand avantage pour le malade, et aucun accident n'est survenu. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de suivre les préceptes de Blandin, et je m'en suis très bien trouvé. Tout récemment je fus appelé par le docteur Roujon près d'une dame affectée de contracture du sphincter et de fissure anale. Une crise hémorrhoïdale survenant, des tumeurs volumineuses se formèrent autour de la marge de l'anus ; un certain nombre de tumeurs hémorrhoïdaires venant de la cavité rectale étaient fortement étranglées par le sphincter, elles étaient en partie gangrenées et exhalaient une odeur putride. La malade avait de la fièvre, des nausées, des douleurs dans le fondement s'irradiant dans le petit bassin. L'examen direct de toutes ces parties était impossible, tant les douleurs étaient violentes. J'eus la pensée de chloroformiser la malade et de faire la dilatation ; mais je fus bien vite arrêté par la crainte de voir survenir un phlegmon à la suite d'une violence aussi considérable exercée sur toutes ces parties enflammées. Je pris alors le parti de chloroformiser la malade assez seulement pour faire disparaître la sensibilité, mais pas assez pour amener la résolution musculaire. Je fis la ténotomie sous-muqueuse ; bientôt les accidents cessèrent, et le lendemain de l'opération la malade était dans un état très satisfaisant. Pour toutes ces raisons, je préfère, dans le cas de contracture du sphincter compliquée de tumeurs hémorrhoïdaires enflammées, la ténotomie sous-muqueuse, qui, bien faite, remédie aux accidents, et n'expose point autant que la dilatation forcée aux accidents inflammatoires.

M. Michon. Je partage l'opinion de M. Lenoir ; je crois que cette opération n'est point assez vulgaire. Je l'ai faite au moins trente fois ; j'ai observé les malades ensuite, et je n'ai trouvé qu'un seul insuccès. J'ai guéri deux malades traités par Blandin ; j'ai vu souvent survenir une ecchymose après cette opération, mais jamais rien de sérieux. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'introduire la mèche préconisée par M. Lenoir. Tous mes opérés ont été aban-

donnés à eux-mêmes, et je n'ai constaté qu'une seule récidive. Çette opération étant fort douloureuse, il importe d'employer le chloroforme ; alors la dilatation est sans douleur, et à la fin du sommeil anesthésique le malade est à la fois guéri de sa contracture et des douleurs de l'opération. La dilatation à l'aide du sommeil chloroformique permet d'examiner avec grand soin l'intérieur du rectum et d'apprécier la position des fissures. J'ai vu, comme M. Maisonneuve, un cas suite de dyssenterie, compliqué de fissure avec ténesme et contracture, guéri par la dilatation. On peut se demander si, dans ces cas, il n'y aurait point complication de fissure à l'anus. Pendant la dilatation forcée de l'anus, on a souvent la sensation d'une déchirure ; mais cette sensation n'est pas consstante, et elle n'est pas nécessaire pour obtenir la guérison. Cette opération n'expose pas à des accidents sérieux ; elle est, d'ailleurs, maintenue par la nature dans certaines limites : en arrière et en avant, elle est limitée par le coccyx et le plancher périnéal, et latéralement par les ischions.

M. Demarquay pense que la ténotomie sous-muqueuse doit être préférée dans le cas de contracture du sphincter compliquée d'hémorrhoïdes ; à cet égard, il faut distinguer les hémorrhoïdes dépendant de la contracture, et qui peuvent céder en même temps qu'elle par la dilatation. Mais lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, qu'elles déterminent des accidents sérieux et qu'il y a contracture, il faut se demander si le chirurgien ne doit pas attendre que ces accidents soient calmés pour agir ; si les accidents sont pressants, dans ce cas, la ténotomie sous-muqueuse pourrait être employée avec avantage.

M. Chassaignac. A l'époque où M. Monod a lu son travail, j'ai fait des objections à la méthode de traitement des fissures à l'anus par la dilatation. Toutefois, j'ai depuis fait un certain nombre de fois la dilatation avec succès ; mais je ne crois pas qu'il faille absolument abandonner l'incision. Tout récemment M. Hervez de Chégoin a proposé un procédé d'incision fort simple et qui, dans certains cas, peut être avantageux. Je m'eu suis bien trouvé tout récemment à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Demarquay. M. Michon dit que la présence des hémorrhoïdes n'est pas une contre-indication à la dilatation. Je le comprends quand elles ne sont pas volumineuses, ni enflammées, et qu'elles

sont liées à la contracture ; mais, dans les circonstances inverses, je crois que le chirurgien doit préférer la ténotomie à la dilatation. On me dit : Mais que ne laissez-vous passer la période inflammatoire, alors il n'y a plus de danger ? Cela est vrai ; mais, en attendant la cessation de ces accidents, le malade souffre horriblement, les symptômes d'étranglement persistent, la gangrène survient ; tandis que par la ténotomie vous faites cesser tous les accidents : c'est ce que j'ai pu constater plusieurs fois dans la pratique de Blandin et dans plusieurs circonstances toutes personnelles.

M. Huguier. Il est heureux que la Société de chirurgie soit revenue sur la dilatation forcée de l'anus dans le cas de fissure, d'autant plus qu'à l'Académie de médecine, tout récemment, dans la discussion qui eut lieu à propos du rapport de M. Larrey, ce mode nouveau de traitement a été à peine indiqué. Je préfère généralement la dilatation à l'incision ; cette dernière opération expose à des accidents primitifs, secondaires et consécutifs assez sérieux. Ainsi, il reste à la suite de l'incision de Boyer une encoche qui laisse passer les matières intestinales, un relâchement de la membrane muqueuse rectale. J'ai eu occasion de pratiquer le débridement de l'anus dans un cas analogue à celui signalé par M. Demarquay, et mon malade s'en est bien trouvé. Je rejette l'emploi du chloroforme dans ces opérations, à cause du peu de durée de l'opération et du relâchement du sphincter.

M. Larrey. La question qui a été récemment soumise au jugement de l'Académie se bornait au traitement simple de la fissure anale par un topique, et la discussion du rapport s'est étendue au traitement chirurgical par l'incision. De même aujourd'hui le rapport fait à la Société de chirurgie sur l'emploi de la dilatation forcée n'a pu restreindre la discussion à ce sujet exclusivement. Mais, s'il est difficile qu'il en soit autrement, ne pourrait-on accorder à chaque méthode les avantages qui lui appartiennent ? Si l'incision simplifiée semble prévaloir encore dans la pratique de la plupart des chirurgiens, si la dilatation forcée tend chaque jour à se généraliser davantage, il n'en est pas moins vrai que ces deux méthodes ne sont pas exemptes d'inconvénients. C'est pourquoi il serait plus rationnel peut-être de commencer au moins le traitement de toute fissure anale par des moyens simples susceptibles d'amener sa guérison, et de recourir, dans le cas d'insuccès seulement, soit à l'inci-

sion, soit à la dilatation. Or, à part l'influence du régime et des purgatifs, à part certains remèdes utiles, tels que le ratanhia, un topique efficace serait l'application des mèches enduites d'onguent de la mère. (Rapport sur le mémoire de M. Campaignac, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII.)

Quant à la dilatation forcée en elle-même, loin d'en contester l'efficacité, je dirai aussi que j'en ai fait plusieurs fois l'application avec succès dans des cas principalement où les malades redoutaient l'incision; et, pour l'un d'eux qui refusait même de se soumettre à la dilatation forcée par le procédé ordinaire, j'ai fait faire un instrument dilatateur à trois branches susceptible d'un écartement graduel et pouvant servir en même temps de spéculum. (Je n'attache pas d'ailleurs d'importance à l'invention de cet instrument.)

Reste la question de l'anesthésie ; je ne crois pas que l'emploi du chloroforme soit nécessaire pour pratiquer la dilatation forcée, à cause même de ses effets qui ne permettent pas de mesurer le degré de distension ou de déchirure du sphincter aussi sûrement que par la manifestation de la douleur, qui du reste se prolonge alors au delà de l'action anesthésique.

M. Maisonneuve. Je vois avec plaisir que la dilatation forcée dans les cas de fissure à l'anus est généralement acceptée par la Société de chirurgie. Je ne partage pas l'opinion de M. Demarquay sur l'opportunité dans certains cas de recourir à la ténotomie sous-muqueuse; dans les cas spécifiés par lui, la dilatation me paraît encore applicable. Je me demande si, daus les cas de dyssenterie, on ne pourrait point faire cesser le ténesme en employant la dilatation forcée. Il vaut mieux avoir recours au chloroforme pour pratiquer la dilatation; mais la douleur n'est pas tellement forte que l'on ne puisse pratiquer l'opération sans l'aide de cet agent.

— M. Huguier, à la fin de la séance, appelle l'attention de la Société sur une plaie par arme à feu de la voûte crânienne. La balle, après avoir déprimé la lamelle externe et produit plusieurs fractures étendues, a projeté dans l'intérieur du cerveau quelques esquilles dépendant de la lamelle interne. Voici l'observation communiquée par M. Huguier :

Plaie de tête par arme à feu. — Léger enfoncement des os du crâne. — Déchirure de la dure-mère. — Plaie profonde du cerveau par projection de fragments de la lame interne.

Observation recueillie par M. Moynier.

Le 5 décembre 1851 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Genan (Jean), âgé de quarante ans, garçon de magasin, demeurant place des Victoires, n° 6. Il est couché au n° 185, premier pavillon.

Les renseignements que l'on a recueillis sur ce malade, incapable d'en fournir aucun par lui-même, se bornent à ceux-ci :

Le 4 décembre, en montant son escalier, il s'arrêta au premier étage pour regarder par la fenêtre donnant sur la rue. Il était éclairé par une chandelle qu'il tenait à la main.

Un coup de feu, tiré à une distance de vingt-cinq pas, le frappa à la tête.

M. Boinet, qui le vit peu de temps après l'accident, rapporte que le malade put répondre à ses questions, et que des contractures des membres précédèrent la paralysie.

Le 6, au moment de la visite, le malade paraît avoir perdu presque complétement connaissance; il est plongé dans un coma profond; il ne prononce aucune parole et ne manifeste par aucun mouvement ni par aucun signe qu'il comprend ou qu'il entend nos questions; les yeux sont constamment fermés, la respiration est lente et profonde, mais non stertoreuse.

Le côté droit de la face, c'est-à-dire celui où se trouve la blessure, est privé de mouvement; une contraction spasmodique agite les lèvres; les membres du côté opposé sont atteints d'une paralysie complète; la sensibilité semble être partout abolie ou du moins le malade ne manifeste une sensation douloureuse que lorsqu'on examine la région postérieure de la plaie.

Celle-ci est située à la région latérale droite du crâne à un décimètre au-dessus du sourcil droit, à une distance égale de l'oreille droite; elle commence au niveau de la racine des cheveux, se dirige parallèlement à la suture bipariétale et se termine après un trajet d'un décimètre de longueur.

Les bords de la plaie sont renversés en dehors; un profil de la

plaie serait représenté par un cône à base répondant aux bords de la plaie et à sommet correspondant au fond.

Les bords de la plaie sont écartés de 3 centimètres à la partie moyenne de son trajet; ils le sont moins aux deux extrémités, ce qui fait ressembler la plaie à un sillon plus profond et plus large à sa partie moyenne; la peau est un peu ecchymosée, mais non frappée de sphacèle; les parties molles sont d'une teinte brune.

Au fond de la plaie, on aperçoit une fracture du pariétal, qui, outre un décollement du périoste dans une étendue de 0,005 au delà de la fracture, présente ceci de remarquable qu'une portion de l'os est enfoncée, tandis que l'autre fait saillie au-dessus de la première, de telle sorte qu'on pourrait croire qu'une portion de la table externe est enlevée.

Mais M. Huguier diagnostique une fracture du genre de celles qu'il a désignées sous le nom de fractures par pression latérale et dont le mécanisme est le suivant :

La balle frappant très obliquement sur le crâne décrit une tangente, qui rencontre une autre tangente formée par le crâne lui-même. A cause de la sphéricité de ces deux corps, la balle a produit un sillon par dépression ou par enfoncement et non par perte de substance; la saillie dont nous avons parlé est formée par une esquille adhérente par son extrémité antérieure et d'une longueur de 0,04; la portion d'os engagée sous l'esquille paraît légèrement déprimée, et des parties molles et des cheveux se trouvent pincés entre les deux bords de la fracture.

M. Huguier, quoique ne les voyant pas, diagnostique encore des fêlures rayonnant de la fracture.

Vingt sangsues sont appliquées derrière les oreilles. — Sinapismes.

Le 7, même état; coma profond; insensibilité complète, peau chaude, pouls très plein, très relevé; respiration stertoreuse. — Saignée.

Mort à onze heures.

Aspect de la lésion vue par la face externe du crâne.

Autopsie faite le 8 *décembre.* — A 6 centimètres de la suture bipariétale, en avant de la bosse du même nom, à 1 centimètre de la suture fronto-pariétale, se voit une portion d'os enfoncée, dont

la longueur antéro-postérieure est de 0,04 et la largeur 0,02; immédiatement au-dessous se trouve un autre fragment osseux de 0,01 de large, également déprimé, mais il est plus mobile.

De l'extrémité antérieure de cette solution de continuité par dépression partent trois fêlures :

1° Une fêlure fronto-pariétale qui vient mourir au-dessous de la bosse frontale du côté droit, à 2 centimètres et demi de l'angle orbitaire externe.

2° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et inférieur de la dépression, qui descend obliquement en bas et en dehors en passant par le pariétal, la suture occipito-pariétale, la portion prorale de l'occipital, pour venir aboutir dans la fosse cérébelleuse inférieure droite.

De ce même angle postéro-inférieur part une autre fêlure qui descend verticalement dans l'étendue de 0,015 vers la suture écailleuse, puis se bifurque; une des branches de la bifurcation se dirige en avant, l'autre en arrière. Cette fêlure ne siége qu'à la table externe.

3° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et supérieur pour se porter en dedans et en arrière, et venir aboutir à l'extrémité postérieure de la suture pariétale.

De cet angle part une autre fêlure n'occupant que la table externe de l'os, et se portant directement en haut vers le milieu de la suture bi-pariétale.

Entre ces deux dernières fêlures se trouve comprise une portion triangulaire qui, au moment de l'action du projectile, a été refoulée en arrière et en dedans, présente une fêlure transversale longue de 0,025; elle ne siége que sur la face externe de l'os; on n'en trouve aucune trace sur la face interne.

Aspect de la lésion, vue par la face interne du crâne.

On remarque, en procédant d'avant en arrière :

1° Deux pièces osseuses saillantes : l'une, qui appartient à la pièce déprimée faisant corps avec elle; l'autre, appartenant, au contraire, à la portion saillante sur la face externe du crâne, celle-ci, formée par la lame interne et séparée par une fracture qui passe dans l'épaisseur du diploé, de telle façon que la portion du

crâne qui fait saillie au-dessus de la face externe du crâne se trouve dédoublée, privée de sa lame interne.

Ces deux pièces osseuses, qui font ainsi saillie dans la boîte crânienne, ont une forme quadrilatère; elles offreut une surface de 0,015 dans tous les sens. Entre elles se voient des cheveux qui font saillie dans la cavité du crâne.

Une troisième esquille appartenant encore à la lame interne, légèrement saillante en dedans du crâne, existe en arrière de la deuxième.

Postérieure à ces trois portions d'os, existe une dépression irrégulièrement circulaire, dont le fond est formé par le diploé. Cette dépression est le résultat de l'absence des couches internes du pariétal, qui ont été trouvées enfoncées dans la substance cérébrale.

Il résulte de toute cette disposition que la plaie faite à la boîte crânienne a beaucoup plus d'étendue en dedans qu'en dehors; les bords de la solution de continuité étant taillés en biseau de dehors en dedans, c'est-à-dire aux dépens de la table interne.

Dure-mère. — Un épanchement séro-sanguinolent existe entre le crâne et cette membrane.

Elle offre une plaie déchiquetée, inégale, longue de 0,04, extrêmement étroite, dont les morceaux peuvent être rapprochés; l'extrémité antérieure de cette plaie offre un demi-centimètre de largeur et présente un lambeau de forme triangulaire; l'extrémité postérieure est terminée en pointe.

Les deux faces de la dure-mère sont le siége d'épanchement de sang dans une étendue d'un décimètre de diamètre.

L'épanchement est peu abondant à la face externe; mais la face interne est tapissée par des caillots, des couches fibrineuses assez adhérentes pour que six jours de macération ne les aient pas détachées.

L'épanchement correspond aux fosses temporale et sus-orbitaire du côté droit et s'étend en arrière jusqu'au lobe droit du cervelet, qui est injecté et très vasculaire.

Esquilles. — A la dure-mère adhère une esquille détachée du pariétal, longue de 0,02, triangulaire, dont la base a 0,005.

Deux autres esquilles ont été projetées dans la substance cérébrale, qui est dans le point correspondant à la fracture le siége

d'une plaie d'une longueur de 0,065, sur une largeur de 0,045 et de 0,035 de profondeur.

Un commencement de suppuration se manifeste dans le lobe postérieur du cerveau, à la partie postérieure de la plaie, dans l'étendue de 0,01 et de 0,015 à partir de la surface de la plaie.

La substance cérébrale est réduite à une sorte de bouillie pulpeuse semblable à de la lie de vin mêlée à des substances caséeuses.

Ainsi une balle qui n'a fait que toucher en passant la boîte osseuse, qui n'a agi sur elle que par pression latérale, a déterminé :

1° Un léger enfoncement longitudinal des os;

2° Cinq fêlures, dont deux allaient jusqu'à la base de la cavité crânienne;

3° Une fracture irrégulièrement ovalaire de la cavité interne : cette fracture de la lame interne est elle-même subdivisée en six fragments : trois sont restées entre les os et la dure-mère; trois, après avoir déchiré cette membrane, sont allés se loger dans l'épaisseur du cerveau;

4° Un épanchement de sang à la surface droite de l'encéphale;

5° Une plaie profonde et étendue au lobe droit du cerveau;

6° Des cheveux avaient été projetés jusque dans la cavité crânienne entre les deux principaux fragments de la lame externe au moment où ces fragments ont été opérés et déprimés par la balle.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 24 décembre 1851.

Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

La Société a reçu de Mme Marjolin la mère une lettre qui informe la Société que, conformément à ses vœux, le buste du professeur Marjolin sera offert par elle et ses fils à la Société de chirurgie. M. Dantan est chargé de reproduire les traits de notre vénéré maître.

M. LARREY fait hommage à la Société de son rapport sur le tra-

vail du docteur Campaignac, ayant pour titre : *Du traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère.*

M. le Dr Mavel, d'Ambert (Puy-de Dôme), adresse à la Société une observation de rupture utérine pendant le travail de l'enfantement ; passage de l'enfant dans la cavité péritonéale ; accouchement par les voies naturelles; guérison. — M. Danyau est chargé de faire un rapport sur cette observation.

Présentation de malade. — Tumeur volumineuse occupant la partie inférieure du bras droit.

M. Marjolin présente un malade âgé de trente-un ans. Pendant un certain temps il a servi dans un magasin. La tumeur qu'il porte à la partie antérieure et inférieure du bras droit a commencé à se montrer il y a six mois. Elle avait d'abord le volume d'une noisette; successivement, elle est arrivée à acquérir un volume beaucoup plus fort que le poing; elle ne descend pas tout à fait jusqu'au pli du bras, et ne gêne nullement les mouvements. A aucune époque, cette tumeur n'a été le siége de douleurs bien vives; il y a bien eu de temps à autre quelques élancements, mais jamais le malade n'en a été bien incommodé. Ce sont les progrès incessants de la tumeur qui ont déterminé ce jeune homme à consulter. Il y a trois mois environ, lorsque la tumeur avait le volume d'un œuf, le malade vit notre confrère M. Manec, qui conseilla l'usage d'un emplâtre résolutif; malgré ce moyen, la maladie a continué à progresser, et aujourd'hui le volume est devenu tellement considérable, qu'il est indispensable de prendre une décision. La tumeur occupe les deux tiers inférieurs du bras; elle est fluctuante dans toute son étendue, mais à des degrés divers; on sent que le liquide est contenu dans un véritable kyste dont les parois ont cédé à la partie inférieure. En effet, on sent là trois petites éraillures correspondant à trois petites saillies. En déprimant ces saillies, le doigt pénètre un peu dans le kyste.

Comme rapports, la tumeur ne tient en rien aux vaisseaux; elle paraît située à la superficie du biceps brachial et avoir éraillé les fibres musculaires, de telle sorte qu'elle est en quelque façon tout aponévrotique.

Le malade n'éprouve aucun engourdissement, aucun fourmillement dans la main. On ne sent aucun mouvement de soulèvement

ou d'ampliation dans la tumeur; les battements du pouls sont réguliers; il n'y a pas de transparence.

Les antécédents du malade n'engagent pas à regarder cette tumeur comme tuberculeuse. L'âge éloigne également l'idée d'une affection cancéreuse.

La consistance éloigne aussi l'idée d'un lipome, reste donc l'idée ou d'un kyste renfermant des hydatides on d'un abcès froid enkysté. Comme on ne perçoit aucunement le frôlement des hydatides, il ne reste plus comme admissible que l'existence d'un abcès froid enkysté simple ou renfermant des débris d'hydatides rompues depuis plus ou moins de temps.

Quelle méthode de traitement faut-il employer dans cette circonstance? Si le kyste était plus mobile et moins volumineux, la dissection complète de la tumenr semblerait être le moyen le plus convenable; mais aujourd'hui que la chirurgie possède des moyens tout aussi efficaces et exposant à moins d'accidents, ne serait-ce pas l'occasion d'employer la ponction, suivie d'une injection iodée? Si ce moyen ne réussissait pas, il serait toujours temps de fendre plus tard largement le kyste, et d'obtenir la cicatrisation de ses parois en facilitant par des pansements convenables le développement des boutons charnus.

Fracture transversale du bord alvéolaire inférieur. — Nouveau procédé de contention.

M. Robert présente à la Société un malade âgé de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, qui, dans une rixe, ayant été renversé, reçut plusieurs coups sur la figure.

Il en résulta d'abord deux plaies contuses situées au-dessus du menton, longues d'environ 4 centimètres, à concavité supérieure, distancées l'une de l'autre de 3 centimètres, paraissant, à leur forme, produites par des coups de talon de botte.

A la lèvre inférieure existe une autre contusion, produite par la pression de cette lèvre contre les dents.

Le bord alvéolaire de la mâchoire inférieure est fracturé transversalement dans l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le morceau ainsi détaché de l'os est lui-même divisé en deux fragments. Le plus volumineux, l'antérieur, supporte les quatre dents incisives et la canine gauche; l'autre, postérieur, supporte la pre-

mière petite molaire, qui manque depuis plusieurs années, et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments sont très mobiles, et ne paraissent tenir au corps de l'os que par l'intermédiaire des parties molles.

Ainsi il existait une fracture du bord alvéolaire répondant à huit dents, et les fragments en offraient une mobilité telle, qu'abandonnés à eux-mêmes ils eussent été infailliblement sacrifiés.

Par quel procédé pouvait-on espérer d'obtenir la guérison d'une semblable lésion?

M. Robert fait remarquer l'insuffisance des procédés indiqués dans les auteurs. Ainsi nos traités de chirurgie les plus modernes, en décrivant les fractures du maxillaire inférieur, ont à peine mentionné celle du bord alvéolaire. On voit seulement dans quelques livres consacrés à la chirurgie dentaire que de trop violents efforts produits pour enlever des dents barrées ont amené des lésions assez étendues du bord alvéolaire; mais il n'est donné aucun détail sur le traitement nécessité par ces lésions.

Cependant c'est là un point de chirurgie et de physiologie pathologique intéressant à étudier; car, outre la lésion traumatique du tissu osseux dont il faudrait apprécier les conséquences possibles et établir le traitement, il reste encore à connaître ce que deviennent les dents elles-mêmes. En effet, la fracture du bord alvéolaire entraînant la rupture des vaisseaux et des nerfs destinés aux dents que le fragment supporte, ces ostéides ne vivent plus alors que par leur connexion avec le périoste alvéolo-dentaire. Il est difficile de dire si dans ces conditions nouvelles elles ne finiront pas tôt ou tard par se séparer de l'os et tomber.

Le malade de M. Robert offrait donc ce double intérêt que nous signalons. Pour ce qui est du premier point, le traitement, disons de suite que l'habile chirurgien de Beaujon a su parfaitement vaincre les difficultés, comme nous allons l'exposer. Quant au deuxième point, on ne peut, quant à présent, déduire aucune conclusion; mais le malade sera suivi avec soin et aussi longtemps que possible, et M. Robert promet de tenir la Société au courant des observations qu'il pourra faire.

Abordons actuellement l'histoire du traitement :

Pour obtenir l'immobilité de semblables fragments, que convenait-il de faire? Quelques auteurs, entre autres, Gariot, dentiste

ont conseillé de fixer aux dents restées saines les dents adhérant au fragment osseux ; mais ce moyen est évidemment mauvais, insuffisant, et en peu de temps les dents qui servent de point d'attache deviennent mobiles.

Boyer conseille une gouttière de liége appliquée entre les dents supérieures et inférieures, et l'usage de la fronde, qu'il employa dans les fractures du corps de l'os.

Mais, pas plus que le précédent, ce moyen n'est applicable ; la fronde contient mal, et, en outre, il faudrait la maintenir tellement serrée, que le malade en éprouverait une gêne extrême.

M. Robert, reconnaissant donc l'insuffisance de tous les procédés indiqués, eut recours au mode suivant de traitement :

Une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord dentaire de l'os maxillaire, dépassant en avant et en arrière les fragments osseux ; puis, pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée contre l'os, suivant sa face buccale, et entraînée au-dessous de la mâchoire et abandonnée au dehors ; l'autre bout du fil fut à son tour conduit par le même procédé sur la face externe de l'os et vint sortir par le même trou au-dessous de la mâchoire.

Les deux extrémités du fil ainsi ameuées au dehors, embrassant l'os, furent fixées sur un petit rouleau de diachylum et serrées par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement fixée. (Saignée du bras.)

Tous les accidents produits par les plaies contuses se dissipèrent, et, chose remarquable, aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet du fil. Le malade, après quelques jours de soin, put manger ; il n'éprouvait aucune gêne.

Au 47e jour, on enleva le fil et la plaque ; la consolidation était parfaite ; toutes les dents étaient solidement fixées dans leurs alvéoles, à part la canine, qui, placée entre les deux fragments, est très mobile.

Ainsi, grâce à cet ingénieux procédé, on a pu obtenir la guérison régulière d'une lésion dont les suites devaient être graves ; car si l'on n'était parvenu à immobiliser les fragments, il est certain que le malade aurait perdu les huit dents ébranlées.

Du reste, ajoute M. Robert en terminant, déjà M. Baudens, dans

un cas de fracture de la mâchoire très oblique et difficile à contenir, a eu la pensée d'entourer et de serrer les fragments avec une ligature. Le succès qu'il a obtenu de ce moyen, joint à celui dont j'ai à me féliciter moi-même, est bien propre à rassurer sur les conséquences que l'on pourrait en craindre d'après les données de la théorie.

Rapport.

M. Lebert rend compte de deux articles, publiés dernièrement dans deux journaux médicaux de Turin, sur la question de syphilisation. La plus importante des deux communications est celle d'une lettre du docteur Sprino au sujet de la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie le 18 novembre dernier sur les graves inconvénients de cette nouvelle méthode.

M. Lebert demande avant tout la permission que le contenu de son analyse ne soit point imprimé dans le Bulletin des séances de la Société, à la dignité de laquelle il croirait manquer en entrant ainsi en discussion avec un journal étranger.

A la fin de son analyse, M. Lebert ne peut pas s'empêcher d'exprimer ses regrets que M. Sprino dans sa lettre n'ait pas suffisamment observé vis-à-vis de la Société et de plusieurs de ses membres l'atticisme et la convenance de langage dont l'argumentation scientifique ne devrait jamais se départir.

Du traitement des tumeurs érectiles par un nouveau mode de ligature.

M. Rigal lit un intéressant mémoire sur le traitement des tumeurs érectiles par un nouveau procédé de ligature, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Une commission, composée de MM. Guersant, Robert et Michon, rapporteur, est chargée d'examiner ce travail.

Anatomie pathologique.

M. Marjolin communique à la Société le fait suivant :

Le 15 décembre dernier, on apporta dans son service, à l'hôpital Sainte-Marguerite, une femme de cinquante-cinq ans, d'un embonpoint excessif. Cette femme, qui depuis quelque temps ne jouissait pas de toute sa raison, fut tellement frappée par les derniers événements qu'elle devint complétement folle; sans cesse en proie

aux idées les plus incohérentes, persuadée qu'elle était poursuivie comme ayant fait partie d'un complot, elle s'était donnée dans la matinée deux coups de couteau dans le ventre. Les deux coups avaient porté au-dessous de l'ombilic dans une énorme hernie de la ligne blanche : une des plaies avait plus de 5 centimètres d'étendue et laissait échapper une portion considérable d'intestin grêle et de mésentère; dans deux points, l'intestin était totalement divisé; l'autre plaie, beaucoup plus petite, n'intéressait que les téguments.

Lorsque M. Marjolin vit la malade, elle était sans pouls; les membres froids, le visage livide, tout annonçait qu'elle avait perdu une énorme quantité de sang. Malgré le peu d'espoir qui restait, l'intestin fut réuni au moyen de points de suture entrecoupée; pendant la réduction, il fut facile de constater que le sac herniaire était divisé par plusieurs brides. L'intestin ayant été réduit dans la cavité abdominale, la plaie extérieure fut réunie au moyen d'une suture enchevillée; l'agitation de la malade, le volume de l'anse intestinale herniée rendirent cette opération assez pénible. Durant toute la journée, la malade fut dans une agitation extrême; elle se réchauffa un peu, mais le pouls ne reparut point; il survint quelques vomissements; la mort arriva trente heures après l'accident.

A l'autopsie, la dissection démontra que cette hernie était bien une hernie par éraillement de la ligne blanche; elle avait, par des accroissements successifs faciles à suivre, le volume de la tête d'un enfant de dix ans; à l'intérieur, on voyait des cloisons résistantes qui divisaient le sac en plusieurs loges. L'orifice principal de communication était fort large; dans une moitié, l'intestin avait contracté d'anciennes adhérences, dans l'autre l'intestin était libre. Outre nne grande partie de l'intestin grêle et du mésentère, la tumeur renfermait une portion du colon transverse. Un fait qui a nne importance réelle pour la pratique, c'était l'existence de deux autres hernies graisseuses et intestinales situées au-dessous de la hernie principale; la quantité de graisse était telle chez cette femme que ces deux hernies auraient pu ne pas être reconnues à l'extérieur; dans ce cas, quel n'eût pas été l'embarras du chirurgien si des symptômes d'étranglement s'étaient manifestés? La suite de l'autopsie n'offrit rien de bien remarquable; il n'y avait que très peu de liquide épanché dans la cavité péritonéale; malgré la quantité

de sang perdu, il y avait un commencement de péritonite ; au niveau des points de suture, l'intestin adhérait faiblement.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 31 *décembre* 1851.

Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

M. SÉDILLOT adresse un mémoire afin de devenir membre correspondant de la Société. Ce travail a pour titre : *Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile du nez, de la moitié de la cloison sous-nasale, du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Chéiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.*

Une commission, composée de MM. Michon, Larrey et Robert, est chargée d'examiner ce travail.

M. BEYRAN, docteur de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital impérial de Tershane, chirurgien en chef de Jede-Coulé, à Constantinople, adresse à la Société une observation de luxation du coude en arrière avec fracture de l'olécrane.

Ce travail est déposé dans les archives de la Société.

— M. BAYARD adresse un nouveau mémoire à la Société sur la cataracte. (M. Lenoir fera un rapport verbal.)

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Hydatides des muscles.

A propos du procès-verbal, M. Demarquay fait observer que M. Marjolin a eu raison de discuter la question de savoir si la tumeur du bras dont est porteur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance, est une hydatide. Les tumeurs hydatiques développées au sein des muscles ne sont pas rares. Déjà il a recueilli avec détail une observation de tumeur hydatique développée dans le muscle psoas iliaque; observation que M. Chassaignac a bien voulu mentionner dans sa dernière thèse de concours. M. Blandin

lui a communiqué une observation d'hydatide développée dans le muscle biceps brachial, il serait heureux que ses collègues voulussent bien l'éclairer de leur expérience à cet égard (1).

M. Lenoir. J'ai eu déjà occasion d'observer plusieurs fois des masses hydatiques dans le tissu musculaire; une fois entre autres, dans la masse sacro-lombaire. Les ponctions exploratrices, dans ces cas, sont utiles; elles éclairent le diagnostic.

M. Michon a eu occasion d'observer deux fois des tumeurs hydatiques au sein des muscles. L'une d'elles était située dans la région du dos, sous le trapèze, et présentait un diagnostic douteux; l'autre, dans la région du cou.

M. Forget. La dernière tumeur dont parle M. Michon a été opérée par M. Jobert. J'assistais à l'opération; elle s'étendait profondément, et allait jusque sur les apophyses transverses cervicales.

M. Lenoir. Une ponction exploratrice eût évité, dans ce cas, une opération laborieuse, difficile, dangereuse même; car cette ponction eût démontré la nature de la tumeur, et une incision faite au centre de celle-ci eût produit une inflammation qui aurait amené l'oblitération de la poche hydatifère.

M. Boinet. La ponction exploratrice dans les cas de tumeurs hydatiques ne sont pas toujours à l'abri de l'erreur; il peut se faire que le trocart tombe dans une poche enflammée et qu'il amène du pus au dehors. C'est ce qui m'est arrivé récemment à l'hôpital sur le malade que j'ai opéré, service de M. Briquet, et sur lequel j'appellerai de nouveau l'attention de la Société.

M. Lebert. Il faut prendre en considération le fait de M. Boinet, mais ne pas l'établir cependant comme une règle. La purulence des kystes hydatiques est rare, et ne se rencontre guère qu'au foie. Tout récemment j'ai vu dans le service de M. Andral un malade affecté d'une tumeur dure, d'un diagnostic difficile, située dans la région splénique, et une ponction exploratrice en déterminer la nature.

M. Chassaignac. Dans certains cas, le chirurgien est éloigné de l'idée de faire la ponction, tant la tumeur est dure et résistante. C'est ainsi que chez le malade de M. Michon la tumeur située dans

---

(1) M. Demarquay s'occupe d'un travail sur les hydatides qui se développent au sein des muscles.

la région du dos était tellement dure, que je la pris pour une tumeur fibro-plastique.

Du tannin en ophthalmologie.

Rapport verbal sur le travail de M. Hairion, de Louvain, ayant pour titre : Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.

M. Demarquay, chargé de faire un rapport sur le mémoire dont le titre vient d'être indiqué, s'exprime dans les termes suivants :

Je regrette de ne pouvoir donner qu'une analyse succincte du travail fort intéressant de M. Hairion, de Louvain. Cet habile chirurgien ne se propose pas seulement d'étudier les effets du tannin dans les maladies oculaires, mais encore de déterminer ses effets généraux sur l'organisme; et, pour arriver à ce résultat, il a fait un certain nombre d'expériences sur les animaux et sur l'homme, desquelles il résulte pour notre savant confrère :

1° Que le tannin en solution concentrée, appliqué sur les tissus vivants sains, y exerce une action hyposthénisante qui se manifeste par la décoloration et par la diminution de sensibilité et de rénitence des tissus ;

2° Que son action mécanique est presque nulle ;

3° Que ses effets chimiques ne s'exercent que sur les produits de sécrétion libre, et peut-être aussi sur les couches superficielles, et partant les moins vivantes de l'épithélium; mais ils sont nuls sur les tissus doués de vie;

4° Que, pris à l'intérieur, à petites doses, il produit après un certain temps des effets hyposthénisants généraux;

5° Qu'à fortes doses, chez les animaux, il détermine ou bien un empoisonnement aigu immédiat, se caractérisant par des symptômes d'hyposthénisation générale; ou bien un empoisonnement chronique, se manifestant par la perte lente, progressive des forces, une constipation opiniâtre, etc., etc.

Il est facile de voir par l'exposé rapide de la partie physiologique du travail de M. Hairion combien ses idées sur les effets du tannin s'éloignent de celles que nous avons généralement en France.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Hairion passe rapidement en revue les diverses maladies dans lesquelles le tannin a été préconisé ; nous ne le suivrons pas sur ce terrain, quelque intéressant qu'il soit; qu'il nous suffise de résumer en peu de mots les propriétés du tannin constatées en ophthalmologie suivant l'auteur du mémoire que nous analysons :

1° Le tannin, mis en contact avec une conjonctive enflammée, produit instantanément la coagulation des fluides albumineux dont elle se trouve lubréfiée.

2° En même temps, à l'instar des autres substances dites astringentes, mais à un degré moins avancé qu'aucune d'elles, il y occasionne un accroissement passager d'irritation.

3° Vient ensuite une amélioration dans les symptômes inflammatoires et dans l'état de sensibilité locale; c'est là un effet consécutif indépendant de l'effet physique et qui provient de l'action dynamique hyposthénisante du remède.

Si je n'étais limité dans cette analyse, il me serait facile, je crois, de démontrer que les thérapeutistes français ne sont peut-être pas si éloignés de la vérité en considérant le tannin comme un astringent : mais passons. J'ai hâte d'arriver à la partie du mémoire de M. Hairion ayant pour titre : *Application de la médication tannique en ophthalmologie.*

Dans cette partie de son travail, après avoir rappelé les noms de ceux qui, avant lui, avaient eu recours au tannin en ophthalmologie, M. Hairion cherche à démontrer tous les avantages que le chirurgien peut retirer de cet agent :

1° Dans l'ophthalmie purulente;

2° La kératite, dans laquelle son action est marquée incontestablement;

3° L'ophthalmie compliquée de photophobie ;

4° Les granulations simples ou compliquées.

Le chirurgien de Louvain, à propos des granulations, a établi une division importante à signaler, car à chacune des classes la médication topique et générale peut être modifiée; il divise les granulations :

1° En granulations vésiculeuses non vascularisées ;

2° En granulations vésiculeuses vascularisées ;

3° En granulations végétantes.

C'est dans le traitement de ces granulations, et surtout des deux dernières formes, que M. Hairion s'est bien trouvé du mucilage tannique ; toutefois ce serait donner une fausse idée du travail que nous analysons que de présenter le mucilage tannique comme une panacée oculaire; telle n'est pas la pensée de l'auteur; car souvent il a trouvé bon de donner au tannin pour auxiliaires locaux le sulfate de cuivre en crayon, le nitrate d'argent en solution concentrée. De plus, dans les diverses formes de maladies oculaires où il préconise le tannin, M. Hairion a secondé l'action de ce moyen non-seulement par ceux qu'il nous fait connaître, mais encore par l'usage de moyens généraux énergiques, tels que saignée, mercure à l'intérieur, comme altérant le nitrate de potassse, l'émétique, etc. Il faut encore signaler comme adjuvant une bonne hygiène.

La forme d'après laquelle le tannin est administré est la suivante :

Tannin pur.	5 grammes.
Eau distillée.	20 —

Faire dissoudre dans un mortier et ajouter :

Gomme arabique.	10 grammes.

Ainsi préparé, le mucilage tannique est appliqué sur les parties malades plusieurs fois le jour avec un pinceau.

A l'appui des idées exprimées dans son mémoire, M. Hairion rapporte vingt observations détaillées, qui sont toutes relatives aux différents cas spécifiés dans sa brochure. Vingt observations ne sont pas suffisantes sans doute pour établir d'une manière définitive la supériorité des préparations tanniques sur toutes celles qui ont été vantées ; mais elles suffisent pour attirer l'attention du praticien et méritent d'être essayées. Il est une remarque que je dois faire en terminant, c'est que le mucilage tannique ne constitue pas toute la thérapeutique de M. Hairion. Il résulte de la lecture de son intéressant mémoire que ce praticien a une connaissance parfaite des agents thérapeutiques locaux et généraux qu'il appelle à son aide, et que, comme beaucoup de médecins belges, il a une connaissance approfondie des idées de l'école italienne.

Tel est, messieurs, le résumé rapide du travail intéressant de l'ophthalmologiste de Louvain. J'aurais pu mêler cette analyse de quelques critiques, mais j'ai préféré vous faire connaître d'une

manière sommaire sa thérapeutique oculaire, vous laisser voir l'auteur lui-même.

Je demande que son mémoire soit déposé honorablement dans nos archives et que des remercîments lui soient adressés.

M. Larrey se rappelle que M. Hairion, préconisant aujourd'hui les préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse, a eu souvent recours à l'emploi du collodium en ophthalmologie pour obtenir l'occlusion des paupières, et il demande à M. le rapporteur si l'honorable médecin belge a parlé de ce moyen dans son nouveau travail.

M. Demarquay répond négativement.

M. Robert. Les chirurgiens belges se sont beaucoup occupés de l'ophthalmie granuleuse ; ils ont publié un grand nombre de travaux sur ce sujet, et ils ont vanté plusieurs moyens de traitement. Il y a peu de temps, l'acétate de plomb neutre a été donné comme une panacée ; je l'ai essayé sans succès : il produit souvent de petites ulcérations blanchâtres. Avant de juger d'une manière définitive, il faudrait bien connaître les observations publiées par M. Hairion, afin de savoir comment il applique le tannin, dans quel cas, etc. Suivant moi, jusqu'à ce jour, on n'a rien trouvé de supérieur au nitrate d'argent.

M. Demarquay. Dans mon rapport, je me suis efforcé de démontrer que M. Hairion ne regardait pas le mucilage tannique comme une panacée. Il associe le tannin à d'autres préparations ; seulement il le préfère à d'autres collyres; il le préfère surtout aux préparations de plomb, qui laissent dans l'épaisseur de la conjonctive pendant un temps fort long une infiltration blanchâtre de plomb, qui a été prise par M. Robert, au début, pour une ulcération superficielle. J'ai été témoin de ces infiltrations, qui durent depuis plusieurs mois. M. Hairion assure que l'analyse chimique a démontré, après un temps fort long, la présence des préparations de plomb dans l'épaisseur de la conjonctive ; il rejette aussi, et avec raison, le crayon de nitrate d'argent, qui amène souvent une destruction plus ou moins complète de la conjonctive. Il préfère la solution concentrée de nitrate d'argent au crayon lui-même.

Les observations rapportées par M. Hairion sont au nombre de 20 ; je ne puis que les indiquer :

Obs. I. — Ophthalmie catarrhale aiguë; sept jours de traitement.

Homme âgé de vingt-deux ans, soldat; tempérament lymphatico-sanguin.

Obs. II. — Ophthalmie catarrho-rhumatismale très aiguë; seize jours de traitement. Homme âgé de vingt et un ans; tempérament bilioso-sanguin. — Saignée de 12 onces; nitrate de potasse à dose élevée, 4 à 12 grammes; teinture de colchique; mucilage tannique.

Obs. III. — Ophthalmie catarrho-lymphatique de l'œil droit; neuf jours de traitement. Homme de vingt et un ans, lymphatique. — Purgatifs salins et mucilage tannique.

Obs. IV. — Ophthalmie scrofuleuse photophobique; vascularisation et ulcération de la cornée de l'œil droit; congestion des membranes internes; blépharodénite. Homme de vingt et un ans, lymphatico-sanguin. — 12 sangsues, pilules fondantes (calomel, ciguë et savon médicinal), purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. V. — Conjonctivite lymphatique avec épanchement plastique dans la cornée; neuf jours de traitement. Homme de dix-neuf ans, lymphatico-sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. VI. — Ophthalmie purulente, granulations vésiculeuses; vingt-trois jours de traitement. Homme de trente-quatre ans, ayant été malade déjà deux fois. — Pilules de Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VII. — Granulations vésiculeuses avec engorgement et inflammation de la conjonctive; dix-huit jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin; malade plusieurs fois. — Pilules Plummer, purgatifs salins, mucilage tannique.

Obs. VIII. — Granulations vésiculeuses occupant les conjonctives palpébrales supérieures et inférieures des deux côtés; douze jours de traitement. Homme de trente et un ans, tempérament sanguin. — Mucilage tannique.

Obs. IX. — Ophthalmie purulente aiguë coïncidant avec une gonorrhée; granulations vésiculeuses. Six semaines de traitement. — 20 sangsues, nitrate de potasse à haute dose, préparations tanniques.

Les observations qui précèdent sont toutes traitées dès le début; elles sont aiguës. Voyons maintenant les affections chroniques.

Obs. X. — Blennorrhée chronique; granulations végétantes; ulcères multiples de la cornée. Deux mois de traitement. Homme de vingt-six ans, malade depuis plusieurs années. Conjonctives cou-

vertes de granulations charnues, végétantes, rouges; sécrétion purulente abondante; cornées opaques, ulcérées; staphylome partiel de l'iris. — Décoction de feuilles de noyer, purgatifs salins, lotions humides, exercice gymnastique, mucilage tannique.

Obs. XI. — Pannus double; ulcération et opacité complète des cornées. Sept semaines de traitement. Homme de quarante-six ans. Cornées opaques, recouvertes d'un pannus vasculaire; ulcérations larges, superficielles; conjonctives rouges, veloutées; sécrétions purulentes. — Même traitement que précédemment. Guérison; mais les cornées restent en partie opaques.

Obs. XII. — Blennorrhée chronique; ulcères petits, superficiels, mais très nombreux des cornées; granulations végétantes. Sept semaines de traitement. Homme de trente-huit ans, tempérament lymphatique; constitution affaiblie, détériorée. — Toniques, mucilage tannique.

Obs. XIII. — Pannus vasculaire; doubles granulations végétantes. Seize jours de traitement. Homme de trente-sept ans. — Toniques, purgatifs salins, frictions stibiées, mucilage tannique.

Obs. XIV. — Blennorrhée chronique; vascularisation générale des cornées; granulations végétantes. Un mois de traitement. Homme de vingt-neuf ans. — Mucilage tannique.

Obs. XV. — Ophthalmie scrofulo-veineuse; pannus vasculaire; blennorrhée; excoriation de la surface externe des paupières inférieures. Un mois de traitement.

Je m'arrête là. L'analyse des cinq cas qui restent ne nous apprendrait rien de plus important; ce qui précède suffit pour faire ressortir les avantages de la méthode thérapeutique de M. Hairion, et pour démontrer, de plus, que le mucilage tannique n'agit pas seul, que d'autres agents viennent à son aide, et que son efficacité est surtout constatée par les observations qui précèdent : dans les affections de la conjonctive, avec vascularisation anormale de cette membrane, dans les ulcères de la cornée, etc.

M. Lenoir. J'ai employé, comme la plupart de mes collègues, les collyres pulvérulents, entre autres, ceux de plomb; jamais je ne m'en suis bien trouvé, et j'ai observé, comme M. Demarquay, une infiltration de la matière dans la conjonctive fongueuse : c'est là une circonstance désavantageuse. Quant à l'occlusion, je ne la blâme pas d'une manière absolue. J'ai vu à la Pitié, il y a plusieurs

années, un médecin partisan de cette méthode de traitement; j'ai pu constater que quelquefois il s'était produit sous l'occlusion une fonte de l'œil. Il faut donc distinguer les cas dans lesquels cette manière de faire peut être avantageuse.

M. Giraldès appuie l'opinion de M. Lenoir sur les inconvénients des sels de plomb. Chez une infirmière de Necker, sur laquelle il avait fait usage de cet agent, il constata que, sous son l'influence, des ulcérations de la cornée et des hémorrhagies par la conjonctive avaient eu lieu.

M. Chassaignac. Dans le cas de conjonctivite purulente, je m suis bien trouvé du crayon de sulfate de cuivre et du crayon de sulfate de zinc associé à la gomme. Quant à l'occlusion des paupières, je m'en suis bien trouvé à la suite des opérations de cataracte; cette occlusion me permet, en outre, de faire des applications réfrigérantes sur le globe de l'œil pour prévenir l'inflammation.

M. Larrey. J'ai eu l'occasion, en 1831 et en 1832, d'observer en Belgique l'ophthalmie militaire et ses suites: j'ai pu en reconnaître les caractères et la gravité; mais je dois dire aussi que les traitements les plus rationnels dirigés par les praticiens les plus habiles m'ont paru souvent sans succès.

La cautérisation est cependant la médication la plus efficace, et non-seulement elle est employée en Belgique comme méthode curative générale unie à d'autres moyens, mais souvent comme méthode préventive. C'est alors contre les granulations de la conjonctive que la cautérisation est dirigée, soit contre les granulations rudimentaires ou avant leur état de phlogose, soit contre les granulations secondaires ou après l'ophthalmie, pour en compléter la guérison ou en prévenir la récidive.

Je ferai remarquer, à ce propos, que l'ophthalmie purulente, si répandue, si désastreuse dans l'armée belge, semble puiser son origine locale dans un développement des granulations beaucoup plus prononcé qu'on ne l'observe dans l'armée française, à tel point qu'en 1841 M. Decaisne, chirurgien militaire distingué de la Belgique, vint au Val-de-Grâce examiner avec moi les yeux d'une centaine de malades pris au hasard, et trouva chez trois ou quatre tout au plus les granulations assez saillantes, tandis qu'il avait constaté maintes fois la proportion inverse en Belgique.

Quant à l'occlusion des paupières, à laquelle j'ai eu souvent recours depuis une douzaine d'années, soit à l'aide d'un bandage ou du coton cardé, soit avec des bandelettes adhésives ou avec le collodion, je crois que c'est un moyen trop négligé dans le traitement des maladies des yeux. Mais aussi ne faut-il pas l'employer indistinctement dans toutes les formes d'ophthalmie. Autant il serait nuisible dans la période aiguë des phlogoses oculaires, et spécialement des kératites ulcéreuses, autant il m'a paru avantageux dans beaucoup de cas d'ulcérations anciennes de la cornée, en préservant l'œil du mouvement des paupières et de l'action irritante de la lumière, du froid, ou du contact des corps extérieurs.

Voilà pourquoi, ajoute M. Larrey, revenant au point de départ de cette discussion, je regrette que M. Hairion n'ait pas fait connaître les résultats définitifs de ses propres recherches sur l'occlusion palpébrale comparativement aux autres méthodes curatives, et en dernier lieu à l'emploi des préparations de tannin dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse.

M. Chassaignac. J'ai eu occasion d'avoir recours aux irrigations dans les ophthalmies granuleuses, mais sans résultats satisfaisants. Je préfère de beaucoup la cautérisation.

M. Guersant. J'ai eu souvent recours aux irrigations dans les ophthalmies aiguës, et je m'en suis bien trouvé; mais lorsque ces maladies sont passées à l'état chronique, ces irrigations étaient insuffisantes. Quant à l'occlusion des paupières, elle m'a réussi, surtout dans les ulcérations douloureuses de la cornée avec blépharospasme.

M. Michon. Les granulations ne sont qu'un phénomène secondaire; elles succèdent à l'ophthalmie puro-muqueuse. De plus, elles se lient souvent à un état scrofuleux; il faut avant tout modifier la constitution. Il est des malades chez lesquels on triomphe assez vite de la maladie. Il en est d'autres, au contraire, chez lesquels la résistance est très opiniâtre, malgré toute espèce de traitements employés. J'ai eu occasion d'avoir recours au mode de traitement préconisé par M. Hairion, et nos résultats ne sont pas aussi avantageux que les siens. Toutefois, l'occlusion des paupières ne peut être utile que dans les granulations passées à l'état chronique. Dans ces cas, en effet, elle prévient le frottement douloureux des granulations sur le globe de l'œil. Dans le cas de blépharo-

spasme, si on pratique l'occlusion, il faut la porter sur les deux yeux, sans quoi l'action de la lumière sur l'œil sain détermine des mouvements dans l'œil malade. Toutefois il ne faut, suivant moi, avoir recours à l'occlusion que lorsque la maladie est dans une période décroissante, autrement on exposera le malade à des accidents, car on se prive de l'examen journalier et répété de l'œil malade.

M. Giraldès. Les granulations sont aussi communes en France; cela doit être, car cette maladie est déterminée par les papilles hypertrophiées et entretenues dans cet état par un état général. Souvent elles existent sans que le malade en ait conscience; une sensation de barre sur l'œil est le seul signe de leur présence. Bien des causes peuvent les faire naître. La poussière fine des bibliothèques peut amener le développement de ces granulations.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 7 janvier 1852.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Debout rend compte du banquet offert à M. Ricord. Le bureau de la Société de chirurgie, convié trop tard à ce banquet, a vivement regretté de n'avoir pu s'y rendre. Parmi les toasts portés dans cette réunion de médecins et d'élèves, il en est un qu'il faut rappeler, c'est celui que le président du banquet, le docteur Costello, a porté à la Société de chirurgie.

Morts subites après l'accouchement.

M. Robert. Je désirerais adresser une question à M. Danyau, afin d'avoir une explication de quelques faits extraordinaires et malheureux qui se sont passés dans ma clientèle, je veux parler de la mort subite après l'accouchement. Déjà, à trois reprises, j'ai été impressionné par ce fatal événement, et je serais heureux d'avoir des renseignements à cet égard.

Une jeune dame âgée de vingt-cinq ans, habitant ma maison, et déjà deux fois mère, fut conduite à Versailles, à cause des événements du mois dernier, pour y faire ses couches; elle était heureusement accouchée depuis neuf jours, sa santé était satisfaisante, lorsque tout à coup, étant assise sur son lit et disposée à prendre un repas, elle meurt subitement.

Déjà, ajoute M. Robert, j'avais vu deux faits semblables; une jeune femme primipare meurt au seizième jour dans son lit pendant qu'elle s'occupe de sa toilette; une autre dame au dixième jour, au moment où elle allait déjeuner, perd connaissance et meurt. Dans ces circonstances, ajoute M. Robert, la mort me paraît inexplicable, l'autopsie n'a point été faite, je serais heureux que M. Danyau voulût bien me donner les renseignements que sa grande pratique peut lui avoir donnés.

M. Danyau. Les faits du genre de ceux que M. Robert vient de communiquer à la Société ne sont pas excessivement rares. Il s'en est présenté un, il y a peu d'années, dans la clientèle de M. le professeur Moreau, un aussi dans celle de M. le professeur P. Dubois, et un autre, dont les détails me sont moins connus, dans celle de notre regrettable confrère M. Baudelocque. J'en ai moi-même observé un dans ma propre clientèle et un second à la Maternité. Je dirai quelques mots de ces deux derniers.

Le premier cas est celui d'une dame que j'avais déjà accouchée deux ans auparavant, et qui s'était, cette fois, très-bien rétablie, quoique l'accouchement eût été long, douloureux, et l'application du forceps nécessaire. La seconde grossesse n'offrit rien de remarquable; l'accouchement fut prompt et facile, et les suites, jusqu'au vingtième jour, furent absolument exemptes d'accident. Ce jour-là, je l'avais vue vers dix heures et demie du matin. Elle était aussi bien que de coutume, mais inquiète de l'état de sa belle-mère, dont la vie était mise en danger par une pneumonie, et un peu tourmentée d'un écartement prononcé de la ligne blanche, et de la crainte de conserver une saillie assez prononcée du ventre qui en était la conséquence. Sur ce dernier point je la calmai facilement, et de meilleures nouvelles lui ayant été transmises en cet instant, je la quittai vers onze heures dans l'état le plus satisfaisant. Un peu avant midi elle se fit habiller par sa garde, descendit de son lit, et à l'aide d'un bras passa dans une pièce voisine pour déjeuner. C'est

là qu'elle avait reçu son beau-père, avec lequel elle avait causé quelques instants et qui venait de la quitter, lorsque, tout à coup, elle dit qu'elle se trouvait mal, qu'elle étouffait, qu'elle allait mourir, qu'il fallait aller chercher des médecins. On la transporta en toute hâte sur son lit. Elle était morte.

L'autopsie fut faite. Il n'y avait point d'air dans les vaisseaux, ni dans le cœur. Cet organe, un peu chargé de graisse, était parfaitement sain : parois, cavités, orifices, tout était à l'état normal. Il en était de même de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le péricarde était, dans quelques points, un peu plus vasculaire que de coutume, mais sain d'ailleurs; il renfermait deux à trois cuillerées de liquide limpide.

La malheureuse femme dont je viens de raconter l'histoire était une personne très impressionnable; quelques jours avant sa mort, elle avait eu une menace de syncope à la vue d'une chute dans laquelle sa fille, âgée de deux ans, avait failli se frapper la tête contre un meuble. Elle était très grasse pour une personne très jeune, montait difficilement et ne faisait pas une longue course sans éprouver un peu de dyspnée. J'ai noté que le cœur était chargé de graisse, et sous ce rapport, ce cas pourrait-être rapproché de ceux consignés dans un mémoire d'Oldham sur la mort subite produite par la surcharge graisseuse et l'état gras du cœur. Parmi les faits très nombreux cités par Oldham, deux se rapportent à des femmes mortes subitement en couches. Mais il s'en faut bien que cette cause puisse être invoquée pour tous les cas de mort subite observés dans l'état puerpéral, et rien de semblable ne fut constaté chez une femme qui, au mois de mars dernier, mourut subitement, à la Maternité, trente jours après son accouchement. Cette femme, dont la grossesse avait été bonne sous tous les rapports, qui était accouchée heureusement et facilement, était guérie d'accidents puerpéraux qui avaient nécessité son entrée à l'infirmerie, et devait bientôt quitter la maison. Le 16 mars, elle venait de remonter dans son lit; elle était sur son séant, lorsque tout à coup, elle tomba morte sur son oreiller. L'autopsie fut faite avec le plus grand soin par notre interne M. Mailly, et, comme dans le premier cas que j'ai rapporté, on trouva tous les organes, le cœur et les gros vaisseaux en particulier, parfaitement sains. Il n'y avait point d'air dans les cavités du cœur.

Je n'aurais à répéter, pour les faits de MM. Moreau et Dubois, s'il m'était permis d'en donner ici le détail, que ce que je viens de dire sur ceux qui me sont propres ; même instantanéité de la mort, mêmes résultats absolument négatifs à l'autopsie. Je crois que ceux recueillis par d'autres observateurs n'éclairent pas davantage la question. Ces morts subites, certainement liées à l'état puerpéral, ne semblent pouvoir être attribuées qu'à une syncope. Mais la cause de cette syncope, quelle est-elle? C'est ce qu'on ignore absolument. Aussi est-il, quant à présent, impossible de prévoir et de prévenir de semblables catastrophes. Au reste, les faits que M. Robert a fait connaître et ceux que je viens de communiquer à la Société doivent être distingués de ceux, imputables peut-être à l'introduction de l'air dans les veines utérines, où la mort a eu lieu immédiatement après l'accouchement. Nous n'avons voulu parler l'un et l'autre que de ces morts foudroyantes qui arrivent à une époque plus ou moins avancée des couches, et lorsque l'état parfaitement satisfaisant des femmes éloignait jusqu'à l'idée même d'un danger quelconque.

M. Robert ajoute que dans ces derniers temps on s'est beaucoup occupé de l'état du sang chez les femmes enceintes ; ne pourrait-on pas trouver dans un état chloro-anémique du sang une prédisposition à cette syncope finale ? Dans les faits qu'il a cités, il croit se rappeler que les femmes étaient dans un état chlorotique apparent.

M. Danyau. Je ne sais jusqu'à quel point les modifications dans la composition du sang qui ont lieu pendant la grossesse, et qui produisent chez quelques femmes enceintes un état analogue à la chlorose, pourraient fournir l'explication des morts subites dans l'état puerpéral. Je puis assurer seulement qu'il n'y avait chez mes malades aucun caractère marqué de chlorose. Les syncopes ou les demi-syncopes ne sont pas rares pendant la grossesse. On les observe surtout vers le milieu, lors des premiers mouvements de l'enfant, et elles augmentent alors quand elles ont existé plus tôt. J'en ai vu beaucoup d'exemples, et dans un cas en particulier, où elles eurent lieu plus ou moins souvent dès le commencement, elles devinrent vers quatre mois et demi si fréquentes et si longues pendant quelque temps que la jeune femme chez laquelle elles se produisaient fut obligée de garder le lit pendant quelques semaines.

Mais ces accidents sont purement incommodes et nullement dangereux, et je n'ai jamais vu rien de particulier survenir après l'accouchement aux femmes qui en avaient été plus ou moins tourmentées pendant la grossesse. Elles diffèrent donc absolument de ces syncopes terribles qui produisent subitement la mort des femmes récemment accouchées.

M. Boinet se demande si le fait d'être couché longtemps, ce qui, même chez les personnes en bonne santé, détermine des étourdissements, ne pourrait pas, chez des malades qui auraient perdu beaucoup de sang, jouer un rôle dans la production de la syncope mortelle.

Cas de nécrose étendue des os du crâne avec élimination de larges portions de ces os.

M. Larrey communique sous ce titre l'observation dont il avait précédemment donné un aperçu sommaire (*Gazette des Hôpitaux*, 14 octobre 1851), et qui a été publiée depuis par M. J. Drummond, député-inspecteur des hôpitaux de la marine anglaise, à l'hôpital Melville, de Chatham. (*Médico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.)

Voici la traduction de cette observation remarquable :

« Le sujet de la relation suivante montre toute l'étendue d'une maladie affectant les os du crâne (sans avoir en aucune façon porté préjudice à la santé générale ou aux fonctions cérébrales du malade). Peut-être ce cas n'a-t-il pas d'analogue et mérite-t-il d'être rapporté.

» Thomas Blackman, en 1845, était un matelot servant à bord du navire le *Mutine*, à Sierra-Leone, lorsqu'en tombant à terre, sur le bord d'une marche en pierre, il se fit une plaie contuse au cuir chevelu sur le côté gauche de l'os occipital. L'os ne parut pas avoir été lésé à cette époque.

» En octobre 1845, nous trouvâmes le blessé à l'hôpital naval de Plymouth, lorsque l'os était pour la première fois dénudé de son péricrâne dans une étendue considérable. Peu de temps après, il eut à souffrir l'atteinte d'une inflammation érysipélateuse, qui envahit la surface de la tête et de la face, et laissant à sa suite de nombreux dépôts purulents sous différentes parties du cuir chevelu. Le progrès de la nécrose devint plus évident, et dans divers

points de la matière purulente fut observée suintant au-dessous des os malades; et, lorsqu'ils se trouvèrent séparés l'un de l'autre aux sutures coronale et temporale, les pulsations du cerveau fureut distinctement visibles.

» En juillet 1846, le malade fut évacué sur l'hôpital Melville à Chatham.

» Il est à peine nécessaire d'exposer les progrès de la maladie durant une période de six années; si ce n'est pour remarquer au delà que la surface de la tête eut à souffrir des atteintes répétées d'érysipèles souvent accompagnés de beaucoup d'excitation fébrile. La santé générale, cependant, ne parut à aucune époque très altérée ; mais, comme prophylaxie contre les effets d'une irritation longtemps prolongée et d'une abondante suppuration, on crut à propos de prescrire au malade un régime analeptique en lui donnant avec mesure du vin ou de la bière.

» On fit l'observation, pendant les progrès soit de la carie, soit de la nécrose (car elles existaient ensemble), que la maladie attaquait en quelques points les deux tables de l'os simultanément; tandis que, dans d'autres, la table externe seulement se trouvait intéressée. Dans le premier cas, les os étaient séparés de la duremère dans de larges portions, lorsque, d'autre part, où la table externe étant seule atteinte, son élimination se faisait plus lentement, en plus petites portions, et parvenait plus distinctement à la terminaison de la carie.

» La maladie continue toujours à éliminer des portions du crâne, et on peut observer ici que, dans aucun point, il n'y a l'apparence du moindre travail de reproduction osseuse.

» En considérant l'aspect général de la tête, on observe que les téguments ont perdu leur position naturelle pour former certaines masses irrégulières, et que la nature a préservé la membrane fibreuse dénudée (par le dépôt de la lymphe et par la cicatrisation), à l'aide d'un tégument délicat et très vasculaire, à travers lequel les pulsations du cerveau sont distinctement reconnaissables. Un minutieux examen de la tête démontre que les portions suivantes du tissu osseux sont éliminées. Du côté droit, le frontal, le pariétal et la portion squameuse du temporal manquent dans une étendue de cinq pouces carrés; la totalité de l'occipital, jusqu'à un court espace auprès du grand trou, n'existe plus, sauf une portion

du centre, de deux pouces carrés environ, qui est détachée, mobile, et en voie d'élimination. Une large portion du côté gauche du frontal, le pariétal et le temporal restent à présent fermes, mais dans un état morbide, comme cela est évident d'après de nombreuses ouvertures, déchargeant du pus d'une odeur fétide, et à travers lesquelles on peut reconnaître l'état de carie des os. Une portion de la face postérieure de chaque pariétal existe, comme une voûte mince, sur le vertex.

» Il est à peine admissible que ce malade puisse être assez heureux pour résister aux effets de la destruction complète de la totalité des os du crâne, qui, s'il vit, aura lieu tôt ou tard. Quant à présent, il est dans un état de santé robuste, éprouvant à peine un peu d'incommodité de l'étendue de la maladie. Il continue d'être traité dans cet hôpital.

» Deux modèles de ce cas, façonnés en cire avec un grand soin, ont été déposés, l'un à l'hôpital Haslar, l'autre au fort Pitt, à Chatham, et ils sont dignes de l'attention des hommes de l'art qui visitent ces établissements.

M. Larrey rappelle, en terminant, qu'il a vu le malade lui-même à Chatham.

M. Lenoir, à l'occasion de l'observation présentée par M. Larrey, rapporte avoir rencontré déjà trois cas analogues de nécrose ou d'ablation traumatique de portions plus ou moins étendues des os qui constituent la voûte du crâne.

Un premier fait est relatif à un homme de cinquante à soixante ans, qui, étant tombé dans le feu à l'âge de trois ans, porte depuis cette époque, et sans aucun inconvénient pour sa santé générale, une large perte de substance à la région pariétale droite du crâne. Ce fut seulement l'an dernier, c'est-à-dire à l'âge de soixante ans, que la cicatrice qui était formée par la dure-mère se couvrit de tumeurs cancroïdes qui résistèrent à tous les moyens de traitement.

Le second fait est relatif à une femme de trente ans environ, qui, dans une tentative de suicide par le charbon, eut aussi une brûlure d'une certaine étendue de la partie postérieure du crâne, à laquelle elle succomba au bout de cinq mois, c'est-à-dire à une époque où déjà les portions d'os nécrosées se détachaient spontanément du reste du crâne. Je possède encore cette pièce, dans laquelle on trouve la partie la plus considérable de l'occipital et la partie

postérieure des deux pariétaux détachées du reste de ces os et perforées d'ouvertures par lesquelles sortait le pus accumulé entre les pièces d'os nécrosées et la surface de la dure-mère; il ne me paraît pas douteux que, si la malade avait pu survivre à cet accident, il ne se fût formé chez elle une élimination spontanée de tous les os frappés de brûlure, et consécutivement une cicatrice dont le fond répondrait à la dure-mère. Du reste, je me propose de montrer cette pièce anatomique à la Société dans une de ses prochaines séances.

Le troisième fait a pour sujet un jeune homme qui, pendant l'une des trois journées révolutionnaires de juillet 1830, reçut un coup de sabre sur la tête qui lui enleva une grande portion du pariétal gauche. A l'époque où il fut apporté à l'hôpital Beaujon, il avait été déjà pansé par un chirurgien militaire, qui avait cru devoir séparer la portion d'os enlevée par le coup de sabre d'avec le cuir chevelu, et qui avait recouvert la dure-mère mise à nu avec ce lambeau de cuir chevelu. Ce jeune homme guérit parfaitement de cette blessure, et depuis il porte une calotte de cuir bouilli qui protége la cicatrice et la perte de substance des os, au fond de laquelle on perçoit les soulèvements de la masse cérébrale isochrones aux battements du cœur.

M. Cullerier rappelle que son père a publié dans l'*Annuaire des Hôpitaux* une observation de nécrose syphilitique qui avait détruit toute l'étendue d'un des pariétaux; le malade vécut longues années avec cette perte de substance osseuse sans en éprouver jamais aucun accident.

M. Larrey apprécie tout l'intérêt des observations citées par MM. Lenoir et Cullerier comme pouvant se rapprocher du fait de M. Drummond, et il rappelle aussi que la chirurgie militaire a signalé des exemples d'ablation partielle ou étendue de la voûte du crâne, soit par des coups de sabre (le damas des Turcs, le yatagan des Arabes), soit même par des coups de feu, sans que la suite de ces grandes blessures ait toujours été mortelle; tandis que, dans le cas dont il vient de donner connaissance à la Société, la lésion traumatique, simple primitivement, fut suivie d'une série d'érysipèles d'une suppuration persistante et d'une nécrose dont l'élimination a duré déjà six années, sans que la santé du malade en ait jamais été sensiblement altérée.

C'est là certainement, ajoute M. Larrey, ce qui assigne au fait publié par M. Drummond tout l'intérêt d'un cas rare, sinon unique dans son genre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 14 *janvier* 1852.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Présentation de malades.

M. GUERSANT appelle l'attention de la Société sur un enfant de onze ans ayant fait une chute sur la main gauche il y a six semaines, fracture du radius non traitée et consolidée d'une manière difforme.

M. Guersant présente cet enfant afin qu'on constate l'état dans lequel il est ; il se propose de tenter de redresser ce cal vicieux, et rendra compte de ce qu'il obtiendra plus tard, quel que soit le résultat.

— M. CHASSAIGNAC présente deux malades et donne les détails suivants :

Tumeurs fibro-plastiques.

Un homme âgé de trente ans, conducteur d'omnibus, entré à Saint-Antoine pour la première fois le 13 septembre 1849 pour une tumeur du volume d'une grosse orange au-dessous de la clavicule gauche. Ablation pratiquée le 16 septembre 1849. On trouve une tumeur enkystée constituée par de la matière fibro-plastique à l'état amorphe ou du moins à l'état incomplétement solide. Analyse par M. Lebert. La guérison a lieu sans aucun accident.

Quatorze mois après, c'est-à-dire le 12 décembre, le malade rentre à l'hôpital pour une nouvelle tumeur ayant exactement le même siége que la première, mais moins volumineuse. Nouvelle opération. L'examen fait par M. Lebert démontre, comme la première fois, l'élément fibro-plastique.

Le 9 juillet 1851, nouvelle apparition d'une tumeur absolument

semblable aux deux premières pour l'aspect, pour le siége et, comme l'analyse de M. Lebert l'a prouvé, pour la composition intime. Troisième ablation. Guérison comme les deux premières fois, c'est-à-dire temporaire.

Enfin, en janvier 1852, le malade revient de nouveau nous trouver portant exactement dans le même siége une nouvelle tumeur. Il s'agit donc de l'opérer pour la quatrième fois et d'enlever chez lui une quatrième tumeur probablement identique aux précédentes et que je montrerai à la Société.

Il est à remarquer que la première récidive a eu lieu au bout de quatorze mois, les deux autres au bout de six mois chacune. Et depuis plus de deux ans que dure ce singulier travail aucune altération appréciable n'est survenue ni dans la constitution du malade, ni dans les aboutissants lympbatiques de la région atteinte.

Tumeur de l'orbite.

Le second sujet est une femme âgée de vingt-six ans portant depuis six années une tumeur qui s'est développée dans l'orbite droit et a déterminé une exophthalmie tellement complète que le muscle orbiculaire se contractait en arrière du globe, augmentant ainsi l'exorbitisme. Cette femme a été opérée à l'hôpital Saint-Antoine le 28 octobre 1851. La tumeur, qui présentait l'aspect sarcomateux et l'état solide, a été examinée par M. Lebert, qui n'y a pas trouvé la matière encéphaloïde. L'extirpation de cette tumeur, qui était assez volumineuse et s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été complète. Aujourd'hui la malade est en parfaite guérison ; mais elle conserve un strabisme en debors et une difficulté d'action de l'élévation de la paupière, accidents qui indiquent une paralysie de la troisième paire.

Correspondance.

M. le professeur Cloquet adresse à la Société de chirurgie un travail imprimé ayant pour titre : *Plan et méthode qu'il convient de suivre dans l'enseignement de la pathologie externe*, et demande le titre de membre honoraire.

M. le professeur Cloquet est nommé par acclamation membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. Sédillot, par l'entremise de M. Larrey, fait hommage à

la Société d'une brochure intitulée : *Des règles de l'application du chloroforme aux opérations chirurgicales.*

En voici l'indication sommaire :

M. Sédillot a réuni dans ce travail une partie de ses publications antérieures sur le même sujet, et il s'est efforcé de démontrer que les graves accidents et les cas de mort attribués à l'usage de cet agent d'anesthésie étaient presque toujours le résultat de fautes graves dans le mode de la chloroformisation. M. Sédillot a tracé les règles de la meilleure méthode à suivre, et il a maintenu, développé l'assertion prise par lui pour épigraphe, à savoir : que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Le nouveau travail de M. Sédillot est renvoyé à la commission qui doit faire un rapport sur ses communications précédentes.

— La Société a reçu le numéro de janvier du Journal de M. Lucas Championnière.

Rapport sur les travaux présentés par M. Fleury, chirurgien de la marine, pour obtenir le titre de membre correspondant.

Calcul salivaire. — Corps étranger de la main. — Désarticulation scapulo-humérale.

M. Maisonneuve. Dans la séance du 8 mars 1850, M. Fleury, chirurgien de la marine, vous a présenté trois observations à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

La première de ces observations a trait à un calcul salivaire, dont l'histoire présente plusieurs particularités remarquables. Ce calcul existait chez une négresse âgée de vingt-quatre ans. Il avait une forme ovoïde, son volume égalait celui d'une grosse olive; il était situé profondément dans la partie la plus reculée du sillon maxillo-lingual droit, au delà de la dernière dent molaire. Une ouverture fistuleuse, placée au fond de ce sillon, permettait de pénétrer jusqu'au corps étranger à l'aide d'un stylet ordinaire. M. Fleury en opéra l'extraction à l'aide d'une incision pratiquée sur le calcul lui-même, et la malade se trouva immédiatement débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait dans la déglutition et la phonation.

M. Fleury se demande quel était le siége de ce calcul. Etait-ce le canal de Warthon ? les glandules sous-muqueuses du sillon maxillo-lingual ou bien un kyste creusé dans la glande sous-maxil-

laire elle-même? L'auteur se prononce pour la dernière hypothèse, en se fondant sur l'épaisseur des tissus qui séparaient le calcul de la muqueuse buccale, sur l'état d'induration de la glande sous-maxillaire et sur la position reculée du calcul dans le sillon maxillo-lingual. Nous ne pouvions accepter sans réserve cette opinion, faute de preuves suffisantes pour l'établir d'une manière irréfragable.

La deuxième observation est relative à un corps étranger qui a séjourné huit mois dans l'épaisseur de la main. C'était un morceau de verre de bouteille qui avait pénétré par la région dorsale dans le troisième espace métacarpien. La plaie s'était cicatrisée, mais le malade ressentait une assez vive douleur toutes les fois qu'il saisissait un peu fortement un corps dur et arrondi, comme le manche d'une pelle. L'extraction de ce corps étranger fit cesser les accidents.

La troisième observation présente plus d'intérêt. Elle a trait à une désarticulation scapulo-humérale pratiquée avec succès et par un procédé que l'auteur croit nouveau, mais qui ne diffère que bien légèrement du procédé de Larrey, modifié par notre collègue M. Robert. Ce procédé consiste :

1° Dans une incision longitudinale qui, partant de l'espace acromio-longitudinal, descend vers la pointe du deltoïde en pénétrant jusqu'à l'os, et en mettant à nu l'articulation;

2° Dans une incision circulaire conduite autour du bras au niveau de l'extrémité inférieure de la première incision, et qui ne comprend que la peau et le tissu cellulaire;

3° Dans une troisième incision dirigée de bas en haut, le long du bord postérieur du creux de l'aisselle, et comprenant toute l'épaisseur du muscle deltoïde. On a ainsi un large lambeau supérieur et externe à pointe supérieure. Celui-ci, relevé par un aide, laisse voir à nu une grande partie de l'articulation, dans laquelle il devient alors facile de pénétrer à plein tranchant en coupant les muscles sus-épineux, sous-épineux, petit-rond et præ-scapulaire. Enfin, pour achever l'opération, le couteau, qui a pénétré dans l'article, contourne la tête de l'humérus, glisse le long du col et divise les parties molles de la face interne, où les gros vaisseaux peuvent être facilement comprimés par la main d'un aide avant l'entière division du lambeau.

Ce procédé, que j'ai répété sur le cadavre, est d'une exécution

facile. Il a, comme celui de Larrey, l'avantage de réserver pour le dernier temps la section de l'artère. Il emprunte à celui de M. Robert les avantages de l'incision coraco-deltoïdienne, et à celui de M. Langenbech la taille du lambeau par incision de dehors en dedans.

C'est de tout point un procédé avantageux et digne d'être conservé dans la science.

L'auteur de cette communication est un ancien interne des hôpitaux de Paris; il est actuellement chirurgien de la marine. Il a plusieurs fois rempli, et il est appelé à remplir encore les fonctions de chirurgien en chef de grands hôpitaux dans nos colonies; il est animé d'un ardent amour de la science. Votre commission a pensé qu'il était digne d'obtenir le titre de membre correspondant, et vous propose:

1° De lui conférer ce titre;

2° De publier ce travail dans vos comptes-rendus.

M. Fleury est nommé membre correspondant.

Discussion.

M. Robert. Suivant l'auteur du travail analysé par M. Maisonneuve, le calcul salivaire aurait été placé dans le parenchyme de la glande sous-maxillaire, et non pas dans le canal de Warton. Ce fait aurait besoin d'être démontré; car aucun chirurgien n'a encore fait connaître une observation de ce genre; et M. Duparc, qui a publié, il y a quelques années, un mémoire sur ce sujet, ne mentionne aucun cas où le calcul ait été trouvé dans le parenchyme glandulaire.

M. Maisonneuve. M. Fleury, pas plus que moi, n'a voulu dire que le calcul fût développé au centre de la glande elle-même, mais bien dans cette partie du canal de Warton située dans l'épaisseur de la glande. On sait que des calculs biliaires sont souvent trouvés dans les ramifications du conduit hépatique, et par conséquent enveloppé par le tissu glandulaire. Dans ce cas, ne peut-on pas dire que le calcul, quoique contenu dans le parenchyme du foie, se trouve dans le conduit hépatique?

M. Robert. Je ne suppose pas que M. Fleury et M. Maisonneuve aient eu la pensée que le calcul se soit développé dans cette portion du conduit excréteur que l'on peut appeler *intra-glandulaire.*

On sait par les faits rapportés par M. Duparc, M. Maisonneuve et moi-même, que les calculs salivaires arrêtés dans le conduit de Warton amènent une hypertrophie de la glande et une tuméfaction des parties voisines. Je demande qu'un doute soit émis dans le rapport de M. Maisonneuve sur le siége précis du calcul.

M. Maisonneuve. Je me suis arrêté, dans mon rapport, aux termes mêmes de M. Fleury, me fondant sur la profondeur à laquelle était situé un calcul. L'autopsie, dans ce cas, aurait pu déterminer la position exacte de ce dernier. Si on ne peut point dire que le calcul était dans le parenchyme de la glande, on peut dire qu'il était profondément situé dans le canal de Warton.

Hypertrophie glandulaire siégeant au voile du palais et à la voûte palatine.

M. Michon. Un homme de trente-six ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, est entré le 22 décembre à l'hôpital de la Pitié pour être débarrassé d'une tumeur du volume d'un gros œuf qu'il portait dans la bouche. L'origine de cette tumeur remonte à dix ans environ. Elle avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur était complétement indolente; son accroissement a été lent et progressif. Un charlatan que le malade consulta fendit la tumeur; il en sortit une petite quantité de sang, et la plaie se referma, en laissant une petite cicatrice que l'on peut encore voir aujourd'hui.

Voici dans quel état le malade se présente à nous. Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on aperçoit que le fond de cette cavité est occupé par nne tumeur proéminente en avant, et qui s'appuie sur la partie postérieure de la langue, qu'elle déprime un peu. Sa surface est rouge, lisse, humectée, et présente tous les caractères de la muqueuse tendue et amincie. On remarque çà et là quelques pinceaux de capillaires; mais nulle part il n'y a menace d'ulcération.

Sa forme est à peu près sphérique, mais un peu lobulée. Sa consistance est ferme, résistante, élastique, sans apparence de fluctuation.

En faisant ouvrir plus largement la bouche au malade, et en écartant la tumeur avec le doigt, on voit qu'en arrière elle s'appuie sur la moitié gauche du voile du palais à son point de jonction avec la voûte palatine et le pilier antérieur. Cette moitié du

voile du palais a complétement disparu derrière la tumeur. La moitié droite, au contraire, ainsi que la luette, sont parfaitement intactes.

Le doigt introduit dans la bouche peut circonscrire en partie la tumeur, surtout en dedans, où elle est complétement libre, et en arrière, où elle refoule le voile du palais vers le pharynx. La tumeur semble peu mobile, et il est difficile de décider si elle adhère à l'apophyse ptérigoïde, contre laquelle elle est fortement appliquée, ou si elle est libre sous la muqueuse.

Les ganglions circonvoisins sont intacts; la parole et la déglutition sont gênées; la respiration est pénible, surtout pendant le sommeil. L'état général du malade n'offre d'ailleurs aucune altération et aucun symptôme de cachexie.

Nous nous sommes demandé quelle pouvait être la cause de cette tumeur.

Nous avons d'abord écarté l'idée de cancer. L'indolence de la tumeur, la lenteur de son développement, sa consistance uniforme, son défaut d'ulcération, l'absence de symptômes cachectiques et l'intégrité des ganglions voisins suffisaient pour faire renoncer à cette opinion.

Nous avons été plutôt porté à penser que la tumeur était de nature plus bénigne, fibreuse ou fibro-plastique. Le malade désirait en être débarrassé. L'opération, d'ailleurs, nous paraissait indiquée par l'accroissement progressif de la tumeur et par la gêne croissante aussi qu'elle apportait à la respiration et à la déglutition.

Malgré les quelques doutes qui nous restaient sur le degré d'adhérence de la tumeur avec les os sous-jacents, nous nous déterminâmes à l'attaquer directement.

L'opération a été pratiquée le 5 janvier. Une incision a circonscrit la muqueuse autour du pédicule de la tumeur. Dès lors il a été facile de l'énucléer sans autre secours que celui des doigts. Elle ne tenait aux parties profondes que par des adhérences celluleuses et par la muqueuse, qui la bridait pour ainsi dire.

Derrière la tumeur ainsi enlevée est restée la portion profonde du voile du palais présentant en avant une surface dénudée qui commence à bourgeonner, et est aujourd'hui en voie de cicatrisation.

Voici le résultat de l'examen de la tumeur :

La muqueuse qui l'enveloppe dans une grande portion de son étendue est peu adhérente. Au-dessous on trouve un tissu jaunâtre granuleux avec quelques traînées fibreuses et présentant çà et là des lacunes assez grandes, et notamment près de la surface un kyste allongé dans lequel se trouve un liquide transparent et visqueux.

L'étude microscopique nous a permis de constater les caractères suivants.

On trouve :

1° Des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés très nombreux et très évidents ;

2° De l'épithélium nucléaire libre ou en plaques agrégées ;

3° Quelques-uns de ces noyaux entourés de leurs cellules ;

4° Quelques éléments fibro-plastiques et des tractus fibreux.

En présence de ces résultats, la nature de la tumeur ne paraît pas douteuse. C'est une hypertrophie glandulaire qui ne peut provenir que de petites glandes salivaires du voile du palais.

Ce fait me paraît avoir une double importance, que je dois signaler :

1° Il est nouveau. C'est la première fois que l'on rencontre des tumeurs de cette nature dans cette région ; ou si l'on en a rencontré, je crois que l'on n'a pas reconnu leur véritable nature ;

2° Il étend le champ des hypertrophies glandulaires partielles. Les premiers faits n'ont été constatés que sur la glande mammaire ; plus tard, la parotide et la glande lacrymale en ont fourni des exemples. Celui-ci, qui part de glandes moins considérables, mais qui a peut-être pour cela même d'autant plus d'importance parce qu'il était moins prévu, doit être enregistré avec soin. Bientôt il sera permis de généraliser ces faits épars et d'en tirer des conclusions très intéressantes pour l'histoire encore un peu confuse de certaines tumeurs.

M. Nélaton. Le fait observé par M. Michon n'est pas rare, et je ne doute pas que l'attention fixée sur ce sujet n'amène à des résultats satisfaisants. M. Michon doit se rappeler que je l'ai prié, il y a quelques années, d'assister à une opération que je devais pratiquer sur une jeune religieuse qui portait une tumeur volumineuse dans l'épaisseur du voile du palais. Croyant cette tumeur

adhérente de mauvaise nature et difficile à enlever, je fendis le voile du palais sur la ligne médiane, et je fis ensuite une incision transversale au niveau de l'adhérence du voile du palais aux os palatins. J'avais peur que ces incisions fussent insuffisantes, et j'étais décidé à fendre la joue pour me donner le jour nécessaire pour accomplir l'ablation partielle du voile du palais; mais je fus fort surpris de voir que la tumeur que je venais de mettre à nu par une incision se détachait avec une grande facilité. La malade guérit fort bien; mais je fus obligé de pratiquer la staphyloraphie. La tumeur, examinée avec soin au moment de l'opération, présentait une ressemblance parfaite avec une glande salivaire. Tout récemment, à la Clinique, j'eus à extraire une tumeur en tout point semblable à celle dont M. Michon nous a donné l'observation. Dans ce cas, une incision sur la ligne médiane mit à nu la tumeur, et je pus avec grande facilité l'extraire. Cette fois l'examen micrographique de la tumeur fut fait avec soin. Sa texture était en tout point semblable à celle des glandes salivaires. L'opérée a très bien guéri.

M. Maisonneuve. L'hypertrophie des glandes salivaires n'est point rare. La Société doit se rappeler que dans le courant de l'année dernière M. Robert a présenté à la Société quelques considérations sur l'hypertrophie de la parotide prise pour un cancer. J'ai eu occasion d'opérer des tumeurs de ce genre, et une fois où la glande hypertrophiée avait été partiellement enlevée. Il survint une récidive, qui ne se reproduisit plus après l'ablation complète de la parotide. Ces faits sont intéressants, et doivent fixer l'attention du chirurgien.

M. Michon. Dans ma communication, je n'ai point eu la pensée d'établir que ces faits fussent rares; j'ai voulu faire remarquer que souvent on avait pris pour des cancers du voile du palais des tumeurs qui étaient formées par l'hypertrophie des glandes que l'on trouve dans l'épaisseur du voile du palais, et que ces tumeurs, comme cela résulte des faits qui ont été rapportés ici, s'enlèvent avec facilité. J'ajouterai, en terminant, qu'aucun fait de ce genre n'a encore été publié.

M. Huguier. Les faits rapportés dans cette discussion sont très importants; ils font entrer tout naturellement la pathologie buccale surtout dans une nouvelle voie: c'est un service de plus que la

Société de chirurgie aura rendu à la pathologie. Souvent j'avais été frappé d'une disposition particulière du voile du palais. Chez certains individus, on voit cet organe tuméfié sur les parties latérales et une dépression au centre ; cette tuméfaction est due à l'hypertrophie des éléments sécrétoires de cet organe. Une matière filante assez abondante et gênant les fonctions qui s'accomplissent dans la cavité buccale est fournie par ces glandes. Les lèvres peuvent aussi être le siége de ces hypertrophies glandulaires sur lesquelles M. Michon appelait l'attention. J'ai eu à enlever sur la lèvre inférieure une tumeur sous-muqueuse, peu adhérente, lobulée, et qui présentait en tout point le caractère des glandes salivaires ; cette tumeur m'avait paru d'abord être un ganglion lymphatique hypertrophié.

M. Demarquay. J'ai vu Blandin pratiquer deux fois, et avec grande facilité, l'ablation de tumeurs enkystées du voile du palais, auxquelles il donna le nom de cancer enkysté, et qu'il considérait comme ne devant pas se reproduire à cause de cette circonstance. A la suite d'une de ces ablations, il survint une hémorrhagie que je dus combattre par le fer rouge. Ainsi, l'enkystement des tumeurs palatines et la facilité de leur ablation ne mettent pas à l'abri des hémorrhagies, ce que l'on comprend facilement par la richesse vasculaire de cette région.

M. Chassaignac. Il ne faudrait pas, de ce qu'on rencontre souvent des tumeurs bénignes dans le voile du palais, éloigner l'idée du cancer. J'ai dû, dans un cas, pour enlever partiellement le voile du palais devenu cancéreux, lier la carotide primitive et fendre la commissure labiale, afin de mettre largement à nu la cavité buccale.

M. Lenoir. L'hypertrophie des glandes buccales n'est décrite nulle part. Elle n'existe pas seulement au voile du palais. J'ai eu occasion, il y a peu de temps, de donner des soins à une dame qui avait une grosse molaire cariée et, au-dessus, une tumeur située dans l'épaisseur de la joue, que je pris pour un abcès. Je fis une incision qui ne donna lieu à aucun écoulement ; j'agrandis l'incision, et je fis sortir la tumeur avec grande facilité. Il existe encore une petite hypertrophie folliculaire que l'on rencontre souvent à la partie interne des lèvres, qui ne présente aucune gravité, et dont j'ai été affecté à l'époque où j'étais prosecteur de la Faculté. Il im-

porte d'être prévenu de l'existence de ces tumeurs pour ne pas commettre de méprises.

M. Marjolin. Les tumeurs enlevées par MM. Michon et Nélaton étaient incontestablement formées par des glandes hypertrophiées. Ces faits ne doivent point faire oublier que des tumeurs d'une autre espèce peuvent se trouver dans le voile du palais. La Société doit se rappeler que j'ai présenté, il y a peu de temps, une tumeur purement fibreuse extraite par moi de l'épaisseur même du voile du palais.

M. Chassaignac. Je ferai observer que M. Lenoir fait une confusion en faisant rentrer dans la classe des hypertrophies les petites tumeurs que l'on trouve à la face interne des lèvres. Ce sont des kystes formés par l'oblitération des follicules que l'on voit en ce point, et non pas de véritables hypertrophies.

Considérations sur les tumeurs développées dans les sinus maxillaires.

M. le professeur Roux, après avoir remercié la Société de l'accueil qu'elle vient de lui faire et exprimé le regret de n'avoir point pu prendre encore part à ses travaux, émet quelques doutes relativement aux tumeurs signalées par MM. Michon et Nélaton comme étant formées par l'hypertrophie des petites glandules salivaires, et attire l'attention des membres de la Société sur les tumeurs fongueuses développées dans les sinus maxillaires. Les tumeurs du sinus maxillaire doivent fixer l'attention des chirurgiens. Depuis un an, j'ai eu occasion d'observer quatre malades porteurs de tumeurs fongueuses développées dans le sinus maxillaire, qui ont amené la déformation de ce sinus, nécessité des opérations, mais qui n'ont en rien envahi le tissu osseux au contact duquel elles se trouvent. Un de ces malades a été opéré par M. Gosselin, qui avait été chargé de faire mon service pendant les vacances. D'abord, il avait eu la pensée d'enlever tout le maxillaire supérieur dans le sinus duquel s'était développée la tumeur; mais il voulut bien écouter les conseils de mon expérience, et il put débarrasser son malade en suivant le procédé opératoire que je vais faire connaître. Le malade opéré par M. Gosselin succomba aux suites de l'opération; la mort fut déterminée par une maladie accidentelle. La dernière observation de tumeur fongueuse développée dans le

sinus maxillaire qu'il me fut donné de recueillir est relative à une femme de moyen âge, qui portait dans la joue droite une tumeur grosse comme un œuf de poule. Cette tumeur, en se développant, avait respecté la voûte orbitaire; mais elle avait oblitéré la fosse nasale correspondante, détruit une partie du bord alvéolaire correspondant et perforé la voûte palatine. J'étais convaincu d'avoir affaire à une tumeur fongueuse développée au sein du sinus maxillaire, et n'ayant point d'adhérences avec les os. En conséquence, je fis tenter une incision sur la lèvre supérieure, en dedans de la commissure; les téguments de la joue furent détachés, et j'arrivai ainsi facilement sur la face antérieure du sinus; celui-ci ayant été ouvert, je pus facilement extraire de l'intérieur de cette cavité osseuse une tumeur blanchâtre au centre, composée de tissu fibreux exclusivement. Il est curieux de voir ainsi des tumeurs bénignes se développer dans le sinus maxillaire aux dépens de la membrane muqueuse qui le tapisse, sans que les os participent en rien au développement de ces sortes de tumeurs.

Après avoir présenté quelques considérations sur le tissu fibreux et ce que l'on appelle le tissu fibro-plastique, M. Roux donne quelques détails sur une tumeur qu'il vient d'enlever. Cette tumeur était de nature fibreuse, située sur le dos du pied, sans altération de la peau, demi-mobile et ayant une apparence ganglionaire; elle tenait au tendon extenseur du pied par du tissu cellulaire.

M. Lebert. Cette communication intéressante me rappelle que, l'année dernière, il me fut donné d'examiner une tumeur développée dans le sinus maxillaire; celle-ci avait déterminé le chirurgien à enlever l'os maxillaire supérieur, où siégeait la tumeur. L'examen microscopique ne fit découvrir aucun élément cancéreux ni osseux dans l'épaisseur même de la tumeur. Je restai convaincu que la tumeur était formée par l'élément papillaire; mais j'hésitais à admettre dans le sinus maxillaire une tumeur formée par une hypertrophie papillaire. M. Giraldès n'avait point encore démontré cet élément des membranes muqueuses dans la composition de la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire.

M. Guersant. Je ferai observer que, l'année dernière, j'ai pratiqué l'ablation d'une tumeur occupant le sinus maxillaire, et qui était formée par du tissu fibro-plastique. L'enfant a guéri, et aucune récidive n'est survenue.

Nouveau moyen de prévenir la pression douloureuse du talon dans le cas de fracture de la jambe et de la cuisse.

M. Demarquay. J'ai eu récemment l'occasion de donner des soins, avec M. Denonvilliers, à un homme de quarante ans, qui, à la fin du mois de juillet dernier, se fractura la cuisse droite au Havre. A son retour à Paris, au mois de novembre dernier, il se fractura de nouveau la cuisse dans le même point où avait eu lieu la précédente fracture; il survint un raccourcissement considérable. Les appareils contentifs ordinaires ne pouvant lutter contre la contraction musculaire énergique, il fallut faire l'extension et la contre-extension; celle-ci fut faite à l'aide de l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel.

L'extension était pratiquée au moyen d'un appareil dextriné passant autour du pied et renfermant une double bande passant sur une poulie, à l'extrémité de laquelle se trouvait suspendu un poids de 2 kilogrammes. Cette traction continue fut suffisante pour amener en peu de jours les fragments bout à bout. Mais bientôt nous eûmes à lutter, comme nos bonorables confrères du Havre, contre les douleurs intolérables du talon, qui dans ce cas étaient d'autant plus vives, que l'extension faisait presser plus durement encore l'extrémité postérieure du pied sur le matelas. On faisait cesser la douleur en élevant la poulie, sur laquelle la bande supportant les poids venait à glisser. Mais alors on faisait basculer les fragments, après avoir eu recours inutilement à divers moyens conseillés en pareil cas. Nous employons l'appareil en caoutchouc volcanisé imaginé par M. Gariel pour faire l'extension; il se compose d'un cylindre creux réuni à ses deux extrémités et pouvant être insufflé. Sur ce cylindre viennent se fixer deux branches verticales également creuses. Gonflé, il présente un espace sur lequel le talon peut être déposé, et par les branches latérales on peut le suspendre aux branches montantes du lit, de manière qu'il ne se renverse pas.

Grâce à cet appareil, notre malade est resté deux mois et demi au lit sans souffrir nullement du talon. Dans le cas où on est obligé de pratiquer l'extension sur un membre, et où par conséquent la pression du talon est augmentée, cet appareil peut être utile, et je le recommande à l'appréciation des chirurgiens.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 21 *janvier* 1852.

Présidence de M. Larrey.

CANCER ET TISSU FIBRO-PLASTIQUE.

Tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe, extirpée deux fois et récidivée sur place.

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation qu'il croit digne d'intérêt aux points de vue du diagnostic, de l'anatomie pathologique et de la récidive des tumeurs dites fibro-plastiques.

« Un ancien militaire, gendarme mobile, nommé Genter, âgé d'une quarantaine d'années, doué d'une bonne constitution, s'était aperçu dès sa jeunesse et presque dès son enfance de la présence d'une petite tumeur au-devant de la fesse gauche vers le niveau de la face externe de la crête iliaque, sans qu'aucune cause appréciable parût y avoir donné lieu. Cette tumeur, présumée même d'origine congénitale, n'avait guère plus de volume qu'une noisette à l'époque du recrutement, et n'occasionnant alors ni gêne, ni douleur, elle passa presque inaperçue au conseil de révision. Mais depuis l'entrée au service elle s'accrut progressivement sous l'influence de la pression mécanique exercée par le bord du ceinturon et par la poignée du sabre. Les fatigues ne firent qu'exciter l'action lente, mais à peu près continue de cette cause locale, et au bout d'une vingtaine d'années la tumeur avait acquis un développement assez considérable pour ne pouvoir plus supporter l'équipement militaire. Elle devint même le siége de douleurs qui ne s'étaient jamais fait sentir, et caractérisées par des élancements irréguliers. Le malade fut obligé de cesser à peu près son service en 1850. Il entra au Val-de-Grâce au mois de mars 1851, et fut placé dans nos salles de clinique.

» Voici dans quel état il se trouvait. Ce militaire paraissait avoir une assez bonne santé, quoiqu'il fût déjà venu à l'hôpital pour de légères affections de poitrine (bronchite aiguë, sans indice de tuberculisation); il avait eu aussi une maladie syphilitique caractérisée par des chancres primitifs, mais bien guérie. Nulle raison d'ailleurs de rattacher le mal local à ces causes générales.

» La tumeur siégeant à la face antérieure et supérieure de la région iliaque externe du côté gauche offrait alors le volume d'une grosse orange; elle était assez régulièrement arrondie, ayant une surface lisse, sauf une bosselure en avant; une coloration rougeâtre avec injection veineuse et amincissement de la peau, mais sans ulcération; elle avait une consistance ferme, résistante dans tous les points, et paraissant élastique; une mobilité notable dans toute sa circonférence ou portion libre, donnant aux doigts une sensation de glissement comme dans un kyste, mais ne provoquant, par diverses pressions, qu'une sensibilité faible ou très obtuse, sans complication enfin d'aucune altération des parties adjacentes ni d'engorgement des ganglions circonvoisins, ni de la moindre altération de la santé générale. Cette tumeur, en un mot, nous offrait les caractères extérieurs des tumeurs dites fibro-plastiques, et elle fut diagnostiquée comme telle. C'était donc une tumeur placée dans des conditions favorables pour le pronostic, eu égard à l'opportunité de l'extirpation, malgré des chances de récidive locale.

» L'opération étant ainsi reconnue nécessaire, après en avoir discuté les avantages dans l'une de nos conférences cliniques, j'y procédai le 20 mars par une double incision semi-elliptique, circonscrivant la base de la tumeur. Cette opération fut facilitée par une énucléation rapide de la plus grande partie de la tumeur, et terminée en moins de deux minutes. Un seul point d'adhérence à la base nécessita une simple excision; une hémorrhagie veineuse assez abondante de toute la surface survint à la section des parois, comme si un réseau de tissu érectile avait enveloppé cette tumeur; mais la ligature ou la torsion de cinq ou six artérioles et quelques ablutions d'eau froide suffirent pour arrêter l'écoulement de sang. Les lèvres assez extensibles de la plaie furent réunies à l'aide de quatre points de suture, et des compresses graduées, soutenues par un bandage contentif, en complétant le pansement, prévinrent le retour de l'hémorrhagie.

» La tumeur, examinée avec soin aussitôt après l'opération, est enveloppée d'un kyste mince cellulo-fibreux autour duquel se trouve une couche de tissu cellulo-adipeux lâche, très vasculaire (ce qui explique l'abondance de l'effusion sanguine au moment de l'opération). Quant à la tumeur elle-même, elle se compose d'une masse homogène, irrégulièrement arrondie, du volume d'une

orange, de consistance ferme, élastique, d'un aspect luisant, de coloration jaunâtre et légèrement rosée, d'une texture *sui generis*, non décomposable en lobules, comme la graisse, sans vascularisation intérieure, sans exsudation de liquide blanchâtre ou lactescent, sans ramollissement ni dégénérescence, sans mélange de tissu graisseux ; n'offrant enfin, au microscope, nulle trace de l'élément ou de la cellule du cancer, mais exclusivement des corps fusiforme allongés, dont la nature est bien celle du tissu fibro-plastique, ainsi que nous le démontra la recherche attentive faite par notre savant confrère M. Lebert.

» La tumeur, présentée d'ailleurs à la Société anatomique, ne laissa point de doute à cet égard.

» Le résultat de l'opération avait été très satisfaisant; aucun accident notable, soit primitif, soit consécutif, n'était survenu, sauf un gonflement des bords de la plaie, qui nécessita, dès le second jour, la levée de l'appareil et l'enlèvement des sutures, sauf ensuite une altération de la surface de cette plaie, devenue grisâtre et d'une suppuration sanieuse, offrant l'aspect de la pourriture d'hôpital. Mais bientôt des pansements appropriés (à l'aide du styrax, etc.), modifièrent favorablement l'état des choses; et la plaie, une fois détergée, commença, dès les premiers jours d'avril, à se cicatriser en même temps que la santé générale était satisfaisante; et vers la fin de ce mois la cicatrisation, étant complète, permit au malade de sortir de l'hôpital, quarante-cinq jours après l'opération.

» La cicatrice est restée solide pendant huit mois environ, et Genter a pu, durant cette période, reprendre son service et en supporter toutes les fatigues. Mais dès le troisième mois, une récidive se manifesta sur place, ou dans la cicatrice même, sous forme d'une tumeur grosse d'abord comme une noix seulement. Cette tumeur augmenta d'une manière graduelle vers le sixième mois surtout; et dans le courant de novembre, elle s'ulcéra d'abord sous forme d'une simple érosion, et ensuite dans une plus grande étendue. Elle acquit enfin un développement assez considérable pour obliger le malade à cesser son service et à rentrer au Val-de-Grâce, où il fut admis le 27 décembre 1851.

» La cause mécanique qui semblait avoir favorisé le développement primitif de la tumeur nous paraît avoir provoqué sa récidive et son augmentation graduelle avec ulcération.

» Quoi qu'il en soit, voici dans quelles conditions nouvelles se présente cette tumeur à notre examen clinique, le 14 janvier. Elle offre dans son ensemble une masse considérable du volume à peu près d'une tête d'enfant d'un an ; sa forme est irrégulièrement arrondie ; sa surface est ulcérée dans une grande étendue, sous l'aspect d'un fongus ; sa circonférence mesure 42 centimètres, et sa superficie 29; l'ulcération fongoïde comprend ses deux tiers environ, et est recouverte d'une couche pultacée, avec suppuration sanieuse et odeur fétide ; la base est protégée encore par les téguments intacts, mais distendus, amincis, enflammés ; la sensibilité, très manifeste en ce point et un peu au delà, est nulle dans la masse ulcérée, même à une pression assez forte ; la consistance, mollasse à la superficie, est ferme, élastique profondément. L'augmentation enfin de cette tumeur est telle, que de jour en jour elle semble plus prononcée, sans offrir, non plus que la première fois, le moindre engorgement des ganglions circonvoisins ; mais elle exerce sur l'ensemble de l'économie une influence marquée, à en juger par l'état d'émaciation, par l'altération de la face, par l'affaiblissement général avec insomnie, toux, inappétence, etc., sans autre complication appréciable qu'un peu de râle sibilant et de matité du côté droit de la poitrine.

» L'extirpation nouvelle de cette tumeur ainsi récidivée, étant donc nécessaire et vivement réclamée par le malade, est pratiquée le 15 janvier, en présence de MM. Lustreman et Mounier, chirurgiens majors, professeurs au Val-de-Grâce. L'inhalation de chloroforme me permet de détacher promptement la tumeur par une incision circulaire à sa base, et de cautériser fortement sa surface avec le fer rouge, dans un point surtout qui semblait offrir des adhérences assez profondes. Aucun indice cependant n'annonce que le périoste de l'os iliaque soit malade ou dénudé, très peu de sang s'écoule cette fois ; un pansement à plat avec compression légère est appliqué ensuite, et le malade est soumis au régime des grandes opérations. Il éprouve, dès les premières heures, un soulagement notable ; à la suite d'une transpiration abondante, il a un sommeil assez calme. Mais le lendemain il ressent quelques élancements dans la plaie, et trois jours après il est atteint tout à coup d'une dyspnée extrême avec du frisson qui nous aurait fait craindre des accidents de résorption, si cet état ne s'était dissipé spontanément comme il était survenu.

» La suppuration s'établit ensuite régulièrement dans la plaie, qui tend à se recouvrir de bourgeons charnus; la santé du malade semble s'affermir de plus en plus; et la guérison définitive serait prochaine si la nature de la maladie ne nous laissait encore l'appréhension d'une récidive nouvelle.

» Quant à la tumeur enlevée ainsi pour la seconde fois, elle offre un volume beaucoup plus considérable que la première; sa forme est à peu près sphéroïde; son diamètre mesure 19 centimètres, et son poids 670 grammes; sa surface extérieure est bosselée, d'apparence fongueuse dans quelques points et gangréneuse dans d'autres; sa base offre des traces d'adhérences, comme celles d'un pédicule; sa texture iintérieure est homogène, d'un blanc jaunâtre, de consistance fibreuse, dense, élastique, excepté dans un point où ce tissu, semblant raréfié, contient une matière semi-liquide, d'apparence colloïde. Le suc interstitiel est incolore et non lactescent, non grumeleux et sans indice de cellules cancéreuses. »

M. Larrey, en terminant cette communication, présente la tumeur, qui a été déjà soumise à l'examen de la Société anatomique, et il prie M. Lebert de vouloir bien exposer, à ce sujet, le résultat de ses recherches microscopiques sur les caractères différentiels des tumeurs fibro-plastiques et des tumeurs cancéreuses.

Discussion.

M. Lebert montre d'abord un dessin qui représente le tissu de la tumeur enlevée par M. Larrey. C'est du tissu fibro-plastique dans sa forme tout à fait typique, composé exclusivement de corps fusiformes allongés, terminés à l'une de leurs deux extrémités ou à toutes les deux en pointe effilée, renfermant un noyau oblong, étroit, muni d'une ou deux nucléoles punctiformes; beaucoup de ces noyaux existent à l'état libre, sans être entourés d'une membrane fusiforme d'enveloppe. Le tissu tout entier est formé par ces éléments, non-seulement dans les endroits dans lesquels son aspect est d'un jaune pâle, homogène, élastique, mais aussi dans les endroits très vasculaires un peu moins consistants. La compression ne fait sortir de ce tissu qu'un liquide clair et transparent; on constate l'absence complète de tout élément cancéreux microscopique et l'absence de pus cancéreux appréciable à l'œil nu.

Ayant pu me convaincre que les idées de plusieurs membres de

la Société n'étaient pas encore bien fixées au sujet des tumeurs fibro-plastiques, je vais rappeler les principaux traits anatomiques et cliniques de ces produits accidentels, préparant d'ailleurs pour la Société un travail plus étendu basé sur l'analyse de tous les faits que j'ai recueillis depuis dix ans sur cette matière.

J'ai donné dans le temps le nom de tissu fibro-plastique au tissu connéitif, fibro-cellulaire en voie de formation, soit pendant la vie embryonale, soit comme tissu accidentel. M. Robin a rencontré le tissu fibro-plastique à l'état permanent dans la membrane muqueuse utérine.

Je ne m'occuperai dans ce moment de ce tissu que comme constituant un groupe particulier de tumeurs.

Les tumeurs fibro-plastiques peuvent se former dans l'épaisseur de la peau même, où elles sont connues sous le nom bizarre de kéloïdes, et se développent tantôt spontanément, tantôt dans des cicatrices, reviennent avec opiniâtreté après des opérations, mais n'occupent qu'une région circonscrite lors même qu'il y en a un certain nombre groupées ensemble.

Les tumeurs fibro-plastiques sont surtout fréquentes dans le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire des membres; la cuisse en est un des siéges de prédilection. Malgré le volume notable que peuvent y acquérir ces tumeurs, on est frappé de la facilité avec laquelle on peut les énucléer. Il serait trop long de décrire ici les divers aspects sous lesquels ce tissu peut se présenter; on les distinguera ordinairement du cancer par l'absence d'un suc trouble et lactescent, et par la présence de ces éléments fibro-plastiques si curieux dans lesquels on peut suivre tous les passages entre la fibre et la cellule. Ce fait n'offre rien d'extraordinaire pour celui qui a suivi les progrès de la physiologie moderne, d'après lesquels il est démontré que, tant dans le règne animal que dans le règne végétal, presque tous les tissus, quel que soit du reste leur aspect fibreux, dérivent primitivement de cellules.

La tumeur fibro-plastique n'est pas très rare dans les enveloppes séreuses et fibreuses du cerveau, et y constitue le plus souvent le mal désigné sous le nom de fongus de la dure-mère.

Les tumeurs fibro-plastiques sont habituellement uniques dans l'économie, et exceptionnellement elles sont multiples sur la région affectée. En général, une opération suffisamment étendue peut en

triompher définitivement ; toutefois les cas de récidive au-dessous de la cicatrice ne sont pas très rares, mais encore y observe-t-on ces deux faits à peu près constants, savoir : l'absence d'engorgement ganglionaire circonvoisin et l'état intact de la santé générale malgré la durée prolongée de la maladie. Vous avez tous encore présent à l'esprit, messieurs, le malade qui vous a été présenté à différentes reprises par M. Chassaignac, et qui porte depuis cinq ans environ une tumeur fibro-plastique à la région thoracique gauche, qui, déjà trois ou quatre fois enlevée, revient toujours sous la cicatrice, mais laisse les ganglions de l'aisselle intacts et n'empêche pas le malade de jouir d'une santé générale parfaite.

Dans des cas très exceptionnels les tumeurs fibro-plastiques, d'abord locales, peuvent se généraliser et engendrer une véritable diathèse fibro-plastique. J'ai pu en recueillir trois exemples, dont je dois le plus curieux à l'obligeance de notre honorable président M. Larrey, qui a communiqué aussi ce fait dans le temps à la Société. Mais notez bien que ces trois cas sont les seuls, sur plus de 100 cas de tumeurs fibro-plastiques, sur lesquels j'ai pris des notes. Il est bon que le pathologiste et le praticien soient prévenus de cette possibilité, sans toutefois lui attribuer une importance au-dessus de sa valeur réelle. Beaucoup de maladies, strictement locales dans la généralité des cas, peuvent exceptionnellement se généraliser. Qui de nous n'a pas rencontré des individus atteints d'une véritable diathèse lipomateuse portant vingt, trente, quarante tumeurs graisseuses à la surface du corps ? J'ai vu, il y a un an environ, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Marchal (de Calvi), un individu qui portait plus de quatre-vingts tumeurs enkystées glandulaires à la surface du corps. J'ai vu, il y a plusieurs années, dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, un malade qui portait plus de cent tumeurs fibreuses à la surface du corps, dont l'une, extirpée, a pu être examinée.

Il résulte de toutes mes recherches sur les tumeurs fibro-plastiques qu'elles constituent une maladie locale qui, dans des cas rares et exceptionnels seulement, peut se généraliser, mais qui ordinairement, lors même qu'elle récidive, ne revient que sur place.

La portée pratique de ce résultat me paraît grande. Le véritable cancer est malheureusement, d'après mes nombreuses recherches, une maladie toujours générale, infectieuse; nos opérations n'ont

sur lui qu'une prise palliative; le mal en lui-même est incurable. J'ai vainement cherché jusqu'à ce jour dans la science un fait irrécusable d'un cancer guéri.

D'un autre côté, on a confondu avec le cancer beaucoup de maladies curables, hypertrophies glandulaires, tumeurs épidermiques, tumeurs fibro-plastiques. Ces maladies, étant de nature essentiellement locale, doivent être poursuivies avec persévérance dans leurs récidives, et souvent le chirurgien éclairé aura raison d'une maladie en apparence fort grave qu'une erreur de diagnostic aurait rendue incurable.

La connaissance approfondie de ces tumeurs est donc d'une égale importance pour l'anatomiste et pour le clinicien.

M. Maisonneuve défend les travaux de M. Lebert sur le tissu fibro-plastique; la pratique confirme chaque jour les idées de M. Lebert, et la plupart des chirurgiens les adoptent. Depuis que je les connais, j'ai obtenu la guérison de tumeurs dites cancéreuses récidivées, grâce à des opérations répétées. Avant que j'eusse connaissance des travaux de notre collègue, j'avais à plusieurs reprises poursuivi des productions morbides que je considérais comme cancéreuses, et quelquefois avec succès. Toutefois, j'étais moins hardi que maintenant; en me fondant sur les idées nouvelles, j'ai opéré pour la troisième fois une personne de ma connaissance d'un cancer ulcéré de la langue, opéré déjà à deux reprises. La partie malade fut enlevée ainsi que les ganglions malades, et depuis cette dernière opération le malade est très bien; déjà dix-huit mois se sont écoulés, et tout me porte à croire qu'il ne surviendra pas d'accidents. Le microscope nous donnait après une première opération la nature exacte du produit enlevé. On comprend toute la hardiesse que le chirurgien puise dans un tel examen, quand celui-ci lui démontre qu'il a affaire à un produit fibro-plastique.

M. Nélaton revient sur le malade dont M. Maisonneuve vient de donner en peu de mots l'observation. Il comprend que le malade opéré pour la troisième fois soit guéri; mais depuis quand cet opéré a-t-il été vu par M. Maisonneuve? Les reproductions peuvent être très promptes, et si le malade n'a point été vu depuis peu de temps, ne pourrait-on pas émettre un doute sur la non-récidive?

M. Maisonneuve. Le doute n'est pas possible; le malade est vu

par moi très souvent, et chaque fois avec soin. D'ailleurs, ce n'est point le seul cas que je puisse citer de l'avantage qu'il peut y avoir à poursuivre les récidives des tumeurs dites cancéreuses. Il fera connaître plus tard l'observation d'un malade opéré par lui d'une tumeur volumineuse développée à la cuisse. L'ablation de cette tumeur fut suivie d'une récidive dans le pli de l'aine avec pénétration de la tumeur dans la fosse iliaque, où il fallait aller la chercher. — Une nouvelle opération est faite, et le malade a parfaitement guéri.

M. Robert. Je demanderai à M. Maisonneuve quelle est la nature du produit enlevé par lui, quand il a opéré pour la troisième fois le malade dit affecté de cancer de la langue.

M. Maisonneuve. Suivant moi, j'avais affaire à un cancer épithélial, que j'ai fait disparaître à l'aide du bistouri et qui avait résisté à la ligature deux fois pratiquée pour le détruire. L'examen microscopique ne fut point fait.

M. Robert. Je regrette que l'examen de la tumeur enlevée par M. Maisonneuve n'ait point été fait; cette observation perd de son intérêt à cause de cette circonstance. Maintenant, est-il bien vrai, bien démontré qne nous ne guérissons que le cancer épithélial, ou les tumeurs fibro-plastiques? Je crois, pour mon compte, avoir vu guérir des malades affectés de véritables cancers. Il y a quelques années, j'ai donné des soins à un homme des envirous de Paris qui avait été mordu par un chien. A la suite de cet accident cet homme devint triste, morose, et un des testicules devint le siége d'une altération que je considérai comme de nature encéphaloïde. Cet homme a guéri, mais il est resté voisin d'un état de folie. Depuis, j'ai eu occasion de voir une personne portant une ulcération cancéreuse de la langue, et deux autres cautérisations faites avec le chlorure d'or ont amené une guérison complète de la langue. Deux ans après une tumeur de mauvaise nature apparaissait au cou, et faisait succomber le malade.

M. Maisonneuve. En me plaçant il y a un instant au point de vue clinique, j'ai dit que j'avais été assez heureux pour débarrasser deux malades affectés, l'un d'un cancer épithélial, et l'autre de tumeurs fibro-plastiques. M. Robert m'objecte que le microscope n'avait point déterminé la nature du produit, et que par conséquent je m'étais hâté de conclure. Je lui ferai la même objection. Le mi-

croscope n'ayant pas déterminé la nature des produits que vous avez enlevés ou détruits, vous n'êtes point en droit de conclure qu'ils étaient cancéreux.

M. Lebert. Dans un travail inséré parmi les mémoires de la Société de chirurgie, j'ai cherché à déterminer la loi de propagation du cancer épithélial, et j'ai démontré que c'est surtout dans les ganglions voisins que la propagation a lieu et non dans les ganglions éloignés. Sur dix-huit autopsies faites à la suite de la mort déterminée par le cancer épithélial, je n'ai point trouvé d'autres ganglions qui fussent pris que ceux existants dans la zone anatomique.

M. Michon. M. Maisonneuve a dit au commencement de cette discussion que les idées nouvelles sur les tumeurs cancéreuses et celles qui en diffèrent étaient généralement acceptées. Je voudrais qu'il en fût ainsi ; mais ne savons-nous pas que beaucoup de praticiens distingués n'ont point encore accepté d'une manière absolue les faits nouveaux! C'est à la Société de chirurgie que l'on devra la propagation de ces idées, et ce ne sera pas le moindre service qu'elle aura rendu à la science. La détermination de la nature des tumeurs n'est pas chose facile, même après leur ablation. Je dirai à M. Robert que l'encéphaloïde, la forme la plus nette, la mieux déterminée de cancer, n'est pas toujours facilement reconnue. J'ai pris pour une encéphaloïde une tumeur de la cuisse que j'avais enlevée, et le microscope m'a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur épithéliale.

Blandin lui-même s'est souvent mépris sur la nature des tumeurs qu'il enlevait, et un de ses élèves, M. Brocca, a démontré que des tumeurs considérées par lui comme des cancers, et qu'il avait enlevées sans récidive, n'étaient que des tumeurs fibro-plastiques. Maintenant peut-on dire que le cancer soit incurable? C'est une question difficile à juger actuellement. Ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe des cancers à marche plus ou moins rapide, dont la manifestation après l'ablation est plus ou moins lente ; et je considère que c'est un grand service rendu à la science que d'avoir distingué, parmi les tumeurs, celles qui tiennent à une hypertrophie pure et simple de celles qui sont un produit hétéromorphe, et, parmi celles-ci, celles qui ne se reproduisent que sur place et dans

les ganglions de celles qui envahissent et empoisonnent l'économie tout entière.

M. Demarquay. Je ferai observer à mon excellent maître M. Michon que, si Blandin a commis des erreurs dans la détermination de la nature des produits qu'il enlevait, c'est que ces erreurs étaient inévitables au moment où il vivait, puisque les idées que nous discutons ici étaient à peine connues à sa mort; cependant il y avait dans sa classification des tumeurs qu'il considérait comme cancéreuses. Un fait essentiellement pratique, c'est celui-ci : pour lui, le cancer existait sous deux formes : l'une vague, disséminée ; l'autre, enkystée. La première forme, il la croyait rarement curable, tandis que la seconde l'était ; aussi, quand devant l'Académie de médecine il défendait la cause de la curabilité du cancer, c'est surtout du cancer enkysté qu'il voulait parler. Eh bien ! les idées nouvelles, que disent-elles ? C'est que les tumeurs fibro-plastiques se présentent le plus souvent sous la forme que Blandin donnait au cancer curable. Vous voyez que, sous ce rapport, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu se rapprochait de la vérité.

M. Chassaignac. J'ai présenté à la Société, il y a quelque temps, une femme qui depuis six ans est à l'état de guérison d'un cancer de la langue. Cette femme était déjà depuis longtemps dans le service de M. Récamier, qui, après avoir employé avec persévérance divers traitements explorateurs, prononça qu'il y avait cancer et que la malade devait être opérée. Elle entra dans le service que je dirigeais alors à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Breschet. Je fis l'ablation de la tumeur très complétement. Au bout de quelques mois, la tumeur récidiva ; Blandin fit à son tour l'opération. Six mois après, nouvelle récidive pour laquelle je fais une troisième opération, qui a eu un résultat définitif, puisque depuis six ans la malade n'a eu aucune récidive.

M. Cloquet. Je trouve fort intéressantes les recherches de M. Lebert, et je crois, comme M. Michon, qu'elles doivent passer dans la pratique. J'ai, comme la plupart de mes collègues, enlevé un certain nombre de ces tumeurs fibro-plastiques, et j'ai été frappé de ce fait, que, lorsqu'elles se reproduisent, c'est sur place, sous la cicatrice restée saine, ou aux environs de celle-ci. J'ai opéré à la Maison de santé, d'une tumeur fibro-plastique, une fille de vingt-huit ans. Deux fois la tumeur, qui était située dans la région de la

hanche, s'est reproduite sous la cicatrice; il fallut l'enlever, et la malade a fini par guérir. Dans ce genre de tumeurs, je n'ai jamais vu les ganglions se prendre, ce qui a lieu le plus souvent dans le cancer. A ce propos, je me rappelle avoir disséqué un cadavre portant une tumeur mélanique dans la région de l'aine; les lymphatiques partant des ganglions étaient remplis de matière noire. Ainsi, tandis que les engorgements ganglionaires sont communs dans les affections cancéreuses, ils sont nuls ou n'existent pas dans les tumeurs fibro-plastiques.

M. Michon. Je ferai remarquer à M. Demarquay que je n'ai nullement voulu attaquer le mérite personnel, ni les travaux de Blandin; je le citais seulement pour démontrer que des hommes éminents, en dehors du microscope, pouvaient se tromper sur la nature des tumeurs qu'ils enlevaient.

M. Lenoir. Certainement les recherches microscopiques sont intéressantes et doivent venir en aide au chirurgien, mais ces recherches ne nous apprennent rien au point de vue clinique; ce n'est qu'après l'ablation des tumeurs elles-mêmes que le chirurgien a plus ou moins de présomption en faveur de repullulation ou de non-repullulation. Mais toujours le chirurgien, à l'examen de la tumeur qu'il avait enlevée, a exprimé des espérances plus ou moins fondées sur la chance de non récidive, se fondant sur la nature du produit enlevé.

Maintenant, est-il vrai que les tumeurs fibro-plastiques seules se reproduisent sur place? Je ne le crois pas. J'ai opéré treize fois en douze ans une femme qui portait une tumeur cancéreuse dans la région du cou; la première récidive est survenue au bout de six ans, les autres dans l'espace des sept autres années: elles étaient toutes voisines des cicatrices, mais ne les envahissaient pas. L'examen microscopique a démontré la nature cancéreuse de ces tumeurs. La malade a fini par succomber aux suites de sa maladie. Il n'y a donc point que les tumeurs fibro-plastiques qui se reproduisent sur place sans envahir la cicatrice. Je dirai, en terminant, que j'ai vu, avec M. Cloquet, un malade affecté d'une tumeur de la langue considérée comme cancéreuse guérir sans opération.

M. Lebert. Le fait de M. Lenoir n'a que la valeur d'un fait exceptionnel Dans quelque temps, lorsque j'aurai accumulé plus de

matériaux, je présenterai à la Société un travail complet sur le tissu fibro-plastique.

M. Forget dit que M. Lenoir a posé la question capitale, celle du diagnostic des tumeurs avant l'opération. A ce point de vue, il pense comme lui que le microscope n'a nullement éclairé l'étude clinique. Il ne croit pas que l'observation clinique soit aussi insuffisante qu'on l'a dit lorsqu'il s'agit de déterminer la nature cancéreuse des tumeurs; sans doute elle n'est pas infaillible, mais dans la majorité des cas elle voit juste, et, par l'étude de la marche des produits pathologiques, de leurs caractères physiques, des conditions générales de l'individu qui les présente, elle peut se prononcer sur leur degré de malignité et présumer ainsi du pronostic qu'on doit en porter.

Défendre cette opinion, ajoute M. Forget, ce n'est pas méconnaître les services rendus par le microscope, c'est vouloir seulement ne pas les exagérer; c'est tenir compte des contradictions qui ont divisé les micrographes eux-mêmes, des incertitudes qu'ils ont émises sur la véritable composition des tissus soumis à leur examen; c'est, enfin, reconnaître ce qu'il y avait de fondé et de réel, sous le rapport de la récidive, dans la distinction rappelée par M. Demarquay et qu'avaient depuis longtemps établie les chirurgiens entre les cancers diffus qui récidivent toujours et les cancers enkystés qui peuvent ne pas récidiver, cancers que le microscope a décrits dans ces derniers temps sous le nom de tumeurs fibroplastiques.

En résumé, je demanderai à M. Lebert si ses recherches l'ont conduit à pouvoir établir *à priori*, et à l'aide d'autres données cliniques que celles que nous possédons, la nature oui ou non cancéreuse des tumeurs.

Rapport. — Ankylose.

M. Maisonneuve fait un rapport sur le travail que M. Bonnet, de Lyon, a adressé à la Société de chirurgie le 11 décembre dernier, et ayant pour titre : *Nouvelles observations de rupture d'ankylose angulaire du genou suivant la méthode de M. Palasciano.*

Dès le début de son rapport, M. Maisonneuve exprime le plaisir qu'il éprouve d'entretenir la Société de chirurgie de M. Bonnet et de ses travaux; puis, passant à l'analyse du travail de l'habile chi-

rurgien de Lyon, il fait remarquer les modifications heureuses que M. Bonnet a fait subir au procédé opératoire de M. Palasciano. Ce chirurgien avait proposé pour guérir l'ankylose angulaire de faire la section du triceps fémoral au-dessus de la rotule et celle du biceps fémoral. Le procédé du chirurgien italien exposait, d'une part, à l'introduction de l'air dans la plaie faite au-devant du genou et à la section du nerf sciatique. C'est pour éviter ces deux inconvénients que M. Bonnet, de Lyon, a modifié le procédé opératoire du chirurgien étranger. Nous ne parlons pas de ces modifications, le travail de M. Bonnet devant paraître dans nos Mémoires.

D'autres modifications ont encore été apportées au procédé opératoire, afin d'obtenir plus facilement et sans danger l'extension du membre, et pour favoriser la marche après l'extension obtenue.

Ce rapport se termine par les conclusions les plus flatteuses pour M. Bonnet, et ce chirurgien est nommé à l'unanimité membre correspondant.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 28 *janvier* 1852.

Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

M. SEUTIN adresse à la Société son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, et demande le titre de membre correspondant.

M. Larrey est chargé de faire un rapport verbal.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Corps étranger du genou.

M. CHASSAIGNAC présente un malade porteur d'un corps étranger dans l'articulation du genou.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Application du microscope à l'anatomie pathologique.

A propos du procès-verbal, M. Michon, revenant sur les applications du microscope à l'étude des produits morbides, fait observer

que le microscope ne doit être considéré que comme un élément d'étude de plus ajouté à ceux que nous avons. Lorsque Laënnec a doté la médecine de l'auscultation, il n'a point pour cela fait le procès aux autres moyens employés avant lui ; à l'heure qu'il est, le microscope a déjà rendu un grand service en distinguant nettement les tumeurs qui sont le produit d'une hypertrophie pure et simple des produits hétéromorphes, comme le cancer. Nous avons donc, grâce à lui, fait un grand progrès, si surtout nous nous reportons au temps de Boyer. Ce grand chirurgien, qui ne croyait pas à la guérison du cancer, disait, après l'ablation d'une tumeur: «Elle ne se reproduit pas, donc elle n'est pas cancéreuse.» Il fallait à Boyer un temps très long pour qu'il pût se prononcer sur la bénignité ou la malignité d'une tumeur, tandis que nous, dans la majorité des cas, nous pouvons être fixés sur les chances plus ou moins grandes qu'a le malade de voir se reproduire son produit morbide.

M. le professeur Roux. L'assertion de Boyer que vient de rapporter M. Michon était, de la part de ce grand chirurgien, une pétition de principe. J'ai vu, avec Boyer lui-même, et plus tard seul, des tumeurs considérées comme cancéreuses, et qui, une fois enlevées, ne se sont point reproduites. D'ailleurs, avant de se prononcer sur la reproduction du cancer, il faudrait savoir si ce produit morbide n'a point une tendance plus grande à se reproduire, suivant qu'il affecte certains organes. Le testicule est souvent le siége du cancer, et le diagnostic de cette affection ne présente pas, dans la plupart des cas, de grandes difficultés de diagnostic. Eh bien, je pourrais citer plusieurs ablations de testicules cancéreux faites, en 1831, sans qu'aucune reproduction ait eu lieu. Peut-être, dira-t-on, vous n'avez enlevé que des produits fibro-plastiques; mais il faudrait que cette assertion fût appuyée d'un certain nombre de faits. Ne savons-nous pas d'ailleurs que ce produit peut, comme le cancer, se reproduire sur place et envahir l'économie! Pour me résumer, je dirai que, suivant moi, il faudrait être plus réservé sur les chances de non-reproduction du produit fibro-plastique, et que, dans une certaine limite, il faut admettre comme possible la curabilité du cancer.

M. Giraldès. Je ne crois pas que l'on puisse induire des observations antérieures à notre époque la cure radicale plus facile des

cancers du testicule. J'ai pu me convaincre que bon nombre de chirurgiens ont considéré comme cancéreuses des tumeurs des bourses qui ne le sont pas. J'ai vu dans le Musée huntérien des tumeurs étiquetées comme cancer, et qui ne sont que des tumeurs fibro-plastiques du testicule ou des hématocèles. Le microscope, suivant moi, est au diagnostic des tumeurs ce qu'est l'auscultation pour les maladies de poitrine.

M. Lebert répond à M. Roux, d'abord comme simple renseignement, que les tumeurs fibro-plastiques peuvent en effet se montrer dans le testicule; il les a observées deux fois chez l'homme et une fois chez le chien.

Quant à la question de l'application du microscope aux études médicales, il faut évidemment prendre la question *de plus haut* et étudier la nature des produits morbides d'après la méthode des naturalistes. Les recherches microscopiques constituent, sans contredit, le plus grand progrès de l'anatomie pathologique moderne, mais sans qu'il vienne à l'esprit du pathologiste éclairé de diminuer le mérite des travaux de nos devanciers.

Si nous comparons l'état de l'anatomie pathologique, telle qu'elle a été cultivée dans ce siècle, avec ce qu'elle a été dans les temps antérieurs, nous ne trouvons d'abord dans les grands recueils de Manget et de Bonnet qu'un assemblage indigeste de faits mal observés. Même l'immortel ouvrage de Morgagni, déjà bien supérieur à la littérature antérieure, manque de détails suffisants et d'ensemble. Nous y trouvons la trace de beaucoup de doctrines modernes, mais nous y trouvons bien peu de doctrines nettement établies.

Depuis le commencement de ce siècle, au contraire, l'anatomie pathologique, qui doit également beaucoup au grand Laënnec, a été l'objet d'études bien plus approfondies, bien plus complètes; tous les organes, toutes les maladies ont été examinées avec soin et avec détail; mais de même que l'anatomie comparée et la physiologie végétale étaient de pauvres sciences avant l'application du microscope, de même aussi nos simples sens, non armés de lentilles grossissantes, étaient bien insuffisants pour approfondir la structure des produits morbides. Le microscope devait non-seulement être utile, il était nécessaire, indispensable.

Mais la seule manière de s'en servir avec fruit était de comparer

toujours le résultat de l'investigation microscopique avec celui de toutes les autres méthodes d'investigations connues antérieurement. De bonne heure on est ainsi parvenu à se convaincre que de nombreuses erreurs, je ne crains pas de prononcer ce mot, avaient cours dans la science; ce qui n'empêchera jamais les hommes éclairés, les hommes du progrès, de conserver les vérités anciennes. Mais d'un autre côté il n'y a pas de concession à faire; ce qui a été reconnu fautif doit être changé, rejeté, et remplacé par des vérités nouvelles, quel que soit le laps de temps qui doit s'écouler encore avant que cela soit possible sur une vaste échelle.

Il faut par conséquent que le microscope continue à s'occuper, sans relâche, de l'étude des produits morbides, qu'il continue à rectifier des opinions douteuses ou erronées, en persévérant toutefois dans la voie tracée, de confronter toujours le résultat de l'examen microscopique avec l'étude anatomique; les résultats cliniques, avec les résultats des investigations pathogéniques et thérapeutiques.

M. Forget n'admet pas qu'il soit convenable, pour rehausser l'importance du microscope, d'infirmer, comme on vient de le faire, l'autorité du diagnostic chirurgical, qui est loin d'être aussi incertain qu'on le dit. Il fait remarquer que si l'opinion qu'il combat devenait jamais une règle de conduite pour le chirurgien, la première indication qui se présenterait en clinique serait de procéder à l'ablation de toutes les tumeurs indistinctement, afin de pouvoir ensuite en déterminer la nature au moyen du microscope; or combien une telle conduite serait préjudiciable au malade, et que de regrets ne causerait-elle pas souvent au chirurgien !

Mais ce que l'on reproche au diagnostic clinique de ne pouvoir faire dans tous les cas, c'est-à-dire déterminer d'une manière précise la nature d'une tumeur, le microscope lui-même le peut-il bien toujours ? A cet égard M. Lebert n'a-t-il pas répondu par la négative, lorsqu'il nous a dit que dans quelques cas, malgré l'examen microscopique, il restait un doute que le temps seul pourrait éclairer? Il faut alors, a-t-il ajouté, faire appel à l'enseignement clinique pour contrôler les notions fournies par le microscope.

Enfin, qu'on veuille bien se rappeler, dit M. Forget, que le chirurgien étudie la maladie vivante, et que le micrographe n'en analyse que le cadavre; que le premier puise dans l'étude physiolo-

gico-pathologique de celle-ci des éléments de certitude qui lui permettent d'en déterminer le caractère, éléments que le second ne saurait obtenir.

M. Lebert regrette d'avoir été mal compris par M. Forget. Personne plus que moi, dit-il, ne s'est élevé contre les exagérations de l'emploi du microscope. Si j'ai passé dix ans à recueillir dans les hôpitaux des observations complètes sur le cancer avant de publier mon travail sur ce sujet, c'est que j'ai toujours suivi la méthode clinique et fait l'examen anatomique minutieusement exact de tous les produits dont je devais ensuite faire l'analyse microscopique. On m'a reproché d'avoir parfois émis des doutes sur le résultat de mon propre examen : c'est méconnaître la valeur des instruments de physique, parmi lesquels, quelle que soit leur valeur, et celle du microscope est immense, il n'y en a point d'infaillibles. On doit au contraire me savoir gré de ma réserve.

Le microscope ayant dévoilé, d'un autre côté, de nombreuses erreurs commises par l'examen à l'œil nu, je le répète et j'y insiste avec conviction, il n'y a pas de concessions à faire; on ne rejette pas les recherches des devanciers là où elles sont justes; mais il faut que le microscope continue à contrôler toutes les doctrines sur ces produits accidentels; il n'y a pas même à hésiter. Vouloir se défendre contre cette obligation, c'est se défendre tout bonnement contre le progrès de la science.

En résumé, les études microscopiques en pathologie sont donc tout aussi indispensables pour l'avancement de la pratique que pour l'avancement de la science.

Exostose des os de la face et du crâne.

M. Giraldès présente, pour M. Rebel, une pièce d'anatomie pathologique curieuse : il s'agit d'une exostose éburnée développée sur les os de la face. Cette tumeur a successivement déformé tous les os de la face, envahi les sinus et gagné les os de la tête. (Cette tête a été décrite par Jourdain.)

M. le professeur Cloquet a observé un fait de ce genre il y a vingt ou vingt-cinq ans.

Névromes développés sur tous les nerfs de l'économie.

M. Houel présente un cas très intéressant de névrome général occupant presque tous les nerfs de l'économie; ce malade a été

observé avec soin pendant neuf mois à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. le professeur Nélaton. Il est entré le 9 mars 1851, et mort le 16 décembre de la même année. Cet homme, qui était âgé de vingt-six ans, était entré pour une tumeur du volume du poing et qui siégeait à la cuisse du côté droit. Lors de son entrée à l'hôpital, M. Gosselin, qui était chargé du service, reconnut qu'il existait sur différents points du corps un assez grand nombre de tumeurs dont le malade ne se doutait pas : il en constata sur la paroi abdominale antérieure quatre ou cinq, au cou, à l'aisselle, aux bras; il enleva seulement une des petites tumeurs abdominales, qui, examinée au microscope, fut trouvée formée exclusivement de tissu fibreux.

Au 1er avril, M. Giraldès fut chargé, comme agrégé de la Faculté, du service de la clinique : il enleva peu de temps après la tumeur de la cuisse, qui inquiétait le malade; elle n'était pas très douloureuse, mais elle le gênait pour la marche. La cicatrisation de cette plaie se fit longtemps attendre : elle ne fut complétement guérie qu'au bout de trois mois.

Sur ces entrefaites, M. le professeur Nélaton prit possession de son service, et, comme MM. Gosselin et Giraldès, il constata un grand nombre de tumeurs disséminées sur le corps de ce malade ; il en trouvait même de nouvelles. Je dois les antécédents de ce malade à M. Baucbet, interne du service, qui a bien voulu me les communiquer. La sensibilité générale et la motilité étaient donc à peu près intactes, malgré que la lésion fut très générale; la pression de ces tumeurs déterminait une douleur vive. Vers le mois d'août, le malade fut atteint de contracture légère, qui alla en augmentant jusqu'à la mort; dans les derniers jours, il y eut même un peu d'opisthotonos. Mais dans l'immobilité la douleur était peu considérable ; le malade se plaignait même d'un genou qui n'était en apparence le siége d'aucun névrome.

Autopsie. — Tous les viscères, examinés avec soin, ont été trouvés sains. Le cerveau, le cervelet et la moelle épinière ne contenaient aucune tumeur analogue à celles qui existaient sur les nerfs. La queue de cheval était, pour chacun des filaments qui la constituent, le siége de nombreux névromes; sur un seul filament, M. Houel a pu en compter vingt. Déjà, en 1840, Bischoff avait signalé un fait analogue. Les racines des nerfs crâniens étaient même, pour

quelques-uns, le siége de tumeurs. La septième paire, avant son entrée dans le trou auditif, présentait un névrome du volume d'une fraise.

Voici ce que l'examen des nerfs a démontré :

Les nerfs olfactif et optique n'ont rien présenté de particulier. Le nerf moteur oculaire commun, des deux côtés dans l'œil, présente de nombreux névromes. Le ganglion ophthalmique est hypertrophié, et les nerfs ciliaires présentent quelques petits renflements. La cinquième paire, dans sa branche ophthalmique, est le siége de nombreux névromes, ainsi que le nerf sous-orbitaire; dans sa branche inférieure, on en constate d'évidents sur les nerfs lingual et dentaire; sur le premier, il est facile de les constater jusque sur les dernières divisions. La septième paire, dans son trajet dans l'oreille, portion dure et molle, ne présente aucun renflement; mais au niveau de la parotide on en constate de nombreux, que l'on retrouve également à la face. Le nerf pneumo-gastrique, des deux côtés, dans la région cervicale et thoracique, est le siége de névromes nombreux, ainsi que dans ses rameaux laryngés supérieurs et inférieurs. Les plexus pulmonaires cardiaques et œsophagiens sont également ganglionaires. Sur l'estomac, M. Houel n'a pas rencontré de névromes. Les nerfs cervicaux, branches musculaires et cutanées, étaient ganglionaires. Le nerf phrénique droit, un peu avant le diaphragme, présente plusieurs renflements fusiformes. Les nerfs intercostaux sont, sans exception, très volumineux et le siége de nombreux névromes, dont quelques-uns ont excavé profondément la côte avec laquelle ils sont en rapport. Le plexus brachial et axillaire, à droite et à gauche, nous offre de nombreuses tumeurs, dont une volumineuse, située sur la branche externe du nerf médian, a 7 centimètres de longueur sur 11 de circonférence; toutes les branches terminales ont l'aspect ganglionaire, et M. Houel a montré une disposition assez singulière : c'est que les nerfs cutanés et musculaires sont allongés; ils sont devenus comme variqueux, et peuvent être déplissés. Cette même disposition se rencontre pour les membres inférieurs. Les plexus lombo-sacrés sont plus profondément atteints encore que les nerfs des membres supérieurs. Le nerf sciatique a doublé de volume, et est le siége de nombreuses tumeurs, qui se retrouvent également sur les branches terminales, ainsi que sur le nerf crural.

Toutes ces tumeurs, examinées au microscope par M. Robin, ont été trouvées composées de tissu fibreux; ce n'est que par exception que l'on a constaté les éléments fibro-plastiques.

Déjà la science possède plusieurs observations analogues. M. Houel en a rapporté six : deux ont été observées en 1840 par Bischoff et Wurtzer; en 1843, M. Serres en a mentionné deux dans les *Bulletins de l'Académie des sciences*, sous le nom de transformation ganglionaire des nerfs de la vie animale et organique; Smith, dans son excellente monographie, a consigné également deux cas de névromes nerveux généralisés qu'il aurait observés en 1843, à peu de distance d'intervalle, dans l'hôpital *House of industry*.

Après divers renseignements demandés par MM. Roux, Cloquet, Huguier, Robert, Giraldès, Morel, Demarquay, et qui seront reproduits plus tard, une commission, composée de MM. Nélaton, Robert et Lebert, est chargée d'examiner le travail de M. Houel et de faire son rapport.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 4 février 1852.

Présidence de M. LARREY.

Correspondance.

La Société a reçu les mémoires suivants :

1° M. DEMARQUAY. *De la ligature du voile du palais, des amygdales et de la langue d'après le procédé de M. Blandin.*

2° MM. DUMÉRIL. DEMARQUAY et LECOINTE. *Considérations physiologiques sur les modifications que subit la température animale sous l'influence de l'introduction dans l'économie de différents agents.*

3° M. DEBOUT. *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. XLI.

4° M. BOUVIER. *Note sur un cas de paralysie partielle des muscles de la main, suivie de nouvelles remarques sur la disposition anatomique de ces muscles.*

5° M. BONNAFONT. *Mémoire sur la transmission des ondes sonores*

à travers les parties solides de la tête servant à juger le degré de sensibilité des nerfs acoustiques et un *Mémoire sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour obtenir leur guérison.*

COMMUNICATION.

Causes de la résolution des tumeurs.

M. Chassaignac. Je désire appeler l'attention de la Société sur une opinion que je crois juste, bien que les faits me manquent pour en démontrer la justesse. Suivant moi, l'action des résolutifs et des excitants appliqués sur les tumeurs pour en obtenir la résolution, tels que vésicatoires, pommade stibiée, cautères, frictions astringentes, etc., n'agit que sur le tissu cellulaire intermédiaire à la peau et à la tumeur, et que c'est par la transformation de ce tissu cellulaire en tissu dartoïde, tissu inodulaire, fibreux, élastique, que la résolution s'obtient en raison de la contractilité de ce tissu sur le parenchyme de la tumeur. Déjà je pourrais citer quelques faits, peu nombreux à la vérité, où l'autopsie m'a démontré la transformation du tissu cellulaire en un tissu contractile.

M. Robert. En me plaçant au point de vue de M. Chassaignac, en admettant même sa théorie, je lui ferai une objection qui paraît assez sérieuse : suivant ses propres idées, la résolution ne devrait s'accomplir dans une tumeur qu'autant que celle-ci reposerait sur un plan résistant, sur lequel le tissu dartoïde nouveau pourrait la comprimer ; au cas, par exemple, où le plan résistant n'existe point, comment la compression aurait-elle lieu ?

M. Huguier. En supposant la transformation du tissu cellulaire invoquée par M. Chassaignac, on comprend en effet qu'une certaine compression ait lieu. Mais dans certains cas cette compression ne peut être invoquée ; au cou, par exemple, quand un goître s'est développé et que des agents résolutifs ont été employés, ce n'est point le tissu cellulaire qui comprime et devient une cause d'étouffement, ainsi que j'ai pu le constater deux fois à Saint-Louis par des autopsies. La compression a lieu par le développement des aponévroses, qui marche parallèlement à celui du goître.

M. Chassaignac. J'admets ce qu'il y a de fondé dans l'objection de M. Robert. Au cou, sans doute, la compression est moins forte

par la transformation du tissu cellulaire, et à cause du défaut de plan résistant; mais elle existe cependant. Si ma théorie de la résolution des tumeurs est fondée, il y a à se demander si quelquefois il n'importe pas de ne point pousser l'action résolutive trop loin, pour ne pas exagérer l'action comprimante du tissu dartoïde nouveau, qui, dans certains cas, comme dans le goître, peut avoir de fâcheux effets.

M. Lebert. Je demande à présenter quelques considérations sur la résolution du goître. Pendant mon séjour en Suisse, où j'ai eu occasion de faire des observations nombreuses sur cette maladie, j'ai constaté que le goître pouvait être, au point de vue thérapeutique, divisé en deux grandes classes : 1° le goître par hypertrophie, sur lequel les préparations iodées sont fort actives; 2° le goître par transformation. Le premier seul subit la résolution, le second résiste absolument aux préparations iodées. Dans le but d'obtenir l'action résolutive du goître, il faut avoir soin de ne pas donner les proportions iodées à fortes doses. Dans ces cas, en effet, on voit bien vite survenir la cachexie iodique. Les médecins de Genève donnent l'iodure de potassium à la dose de 10, 15 et 20 centigrammes. A cette dose des accidents iodiques peuvent survenir. M. Candolle, à la fin de sa vie, a eu beaucoup de peine à se remettre de cette cachexie.

M. Larrey, tout en appréciant les recherches de M. Chassaignac sur l'action résolutive des révulsifs dans le traitement des tumeurs en général, ne croit pas que des moyens très différents les uns des autres puissent agir de la même manière. Personne ne saurait admettre que les scarifications ou les ventouses scarifiées, les vésicatoires, les cautères, les moxas, le cautère actuel, etc., aient des effets semblables sur la résolution des tumeurs. C'est, du reste, seulement après une étude plus suivie, après un examen plus rigoureux des faits, que M. Chassaignac pourra mieux en juger la valeur, et soutenir la proposition un peu vague qu'il vient d'émettre devant la Société de chirurgie.

Trachéotomie pratiquée deux fois sur le même sujet.

M. Guersant. La Société se rappelle sans doute que j'ai lu dans son sein un travail sur la trachéotomie pratiquée deux fois avec succès sur le même individu. Tout récemment j'ai eu de nouveau

l'occasion de pratiquer sur un enfant cette opération ponr la seconde fois; l'enfant est bien, et tout me fait espérer sa guérison prochaine.

M. Chassaignac. Il importe d'enregistrer le fait de M. Guersant; il peut concourir avec d'autres à éclairer cette question encore pendante de la plus grande innocuité des opérations quand elles sont répétées que lorsqu'elles sont faites pour la première fois.

Corps étranger introduit volontairement dans l'urètre.

M. Bocbé, chirurgien de l'hôpital de Blois, présente une branche de sapin introduite volontairement dans l'urètre d'un vieillard de soixante-dix ans, qui se livrait à la masturbation à l'aide de ce corps étranger. Le canal, très dilaté, permit l'introduction d'une pince à pansement avec laquelle on put retirer le corps étranger.

M. Robert. Il importe, pour pratiquer l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'urètre, d'introduire le doigt dans le rectum si le corps a pénétré profondément, ou de comprimer le périnée s'il est encore dans la région pénienne, afin de l'empêcher de pénétrer dans la vessie pendant les tentatives que l'on fait pour l'extraire.

M. Demarquay. Pour prouver jusqu'à quel point peut être portée la dépravation vénérienne de certains individus, je demande à citer le fait suivant:

Il y a quelques années, un homme d'un certain âge se présenta à l'Hôtel-Dieu pour se faire arrêter une hémorrhagie dont le point de départ était dans la région scrotale ; il existait, en effet, dans ce point, une plaie assez profonde qui avait intéressé l'artère testiculaire. Cette artère liée, nous examinâmes avec soin la région scrotale, et nous découvrîmes une série de cicatrices. Le blessé, interrogé, finit par avouer que, pour augmenter ses jouissances pendant l'acte de la masturbation, il se faisait une petite incision dans la région scrotale ; l'incision, cette fois, avait été poussée un peu plus loin qu'il ne le voulait : de là une hémorrhagie qu'il avait peine à arrêter.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 10 *février* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

1° M. le professeur Gerdy adresse son *Traité de chirurgie pratique complète* — Première monographie : Pathologie , générale, médico-chirurgicale — afin d'obtenir le titre de membre honoraire. — M. Gerdy est nommé par acclamation membre honoraire.

2° *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Montpellier*, par M. Alquié.

3° *Observation de farcin chronique avec guérison probable*, par les docteurs Alphonse Richard et Foucher.

4° *Mémoire sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein, écoulement par le mamelon;* par M. Adolphe Richard.

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse un travail sur un cas d'hypertrophie de la prostate. (MM. Michon, Chassaignac et Monod sont chargés d'examiner le travail de M. Cazenave, et de faire un rapport.

Présentation de malades.

1° M. Robert présente la malade sur laquelle il a fait sur un des avant-bras plusieurs opérations pour enlever des névromes très douloureux.

2° M. Michon présente un malade affecté de la division de la voûte palatine, et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'opération.

3° M. Lenoir présente un enfant sur lequel il a réduit une luxation du pouce en avant. M. Lenoir se propose de lire une note sur cette luxation.

4° M. Paquier présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus gauche et du tiers supérieur de cet os pour un coup de feu qui a traversé l'omoplate, brisé le col chirurgical, et séparé la portion articulaire de la tête humérale dans le col anatomique. La balle avait traversé les tubérosités de l'os et s'est présentée à la face antérieure de l'épaule, dont elle a été ex-

traite. L'opération a été pratiquée le 12 juin 1849, sur un militaire du 16e léger, dans la tranchée au siége de Rome.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal, M. le professeur Roux revient sur l'innocuité plus grande des opérations quand elles sont répétées plusieurs fois sur la même personne. Il a eu occasion de pratiquer plusieurs fois la taille sur le même homme, et toujours avec succès. Il cite à ce propos deux observations, l'une relative à un monsieur qui a été taillé trois fois par lui-même, l'autre est celle de Grangeret, qui a été taillé sept fois par des chirurgieus différents. M. Roux se demande la raison de cette innocuité; il la trouve 1° dans l'état moral du malade, qui, ayant déjà été opéré, est moins impressionné de la crainte de l'opération elle-même et de ses suites; 2° dans la modification des parties elles-mêmes; ainsi pour la taille le malade est moins exposé à l'hémorrhagie et à l'infiltration urineuse.

M. Chassaignac. Je regrette que M. Roux n'ait point parlé de l'opération de la cataracte. J'ai constaté que les malades éprouvent moins d'accidents inflammatoires quand, à la suite de l'opération par abaissement, le chirurgien est obligé d'y retoucher. Il croit que dans la cataracte par extraction elle-même, quand il survient une cataracte secondaire, il y a également moins de danger dans l'opération de cette cataracte secondaire que dans la première opération.

M. Guersant. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué pour la seconde fois la trachéotomie est maintenant au onzième jour de l'opération. Aucun accident n'est survenu.

Calculs de l'urètre.

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Gosselin, et Demarquay, rapporteur, sur le travail de M. Le Roy-d'Etiolles ayant pour titre: *Calculs volumineux ayant séjourné dans l'urètre pendant vingt ans, essais infructueux de la lithotritie; extraction par une incision. Nouveau procédé pour extraire les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.*

Le travail de M. Le Roy, que je suis chargé de vous faire connaître, a été de ma part l'occasion de recherches sur les calculs urétraux et sur les moyens de les extraire. Les éléments que l'on

30.

peut recueillir sur cette question sont tellement nombreux, que ce serait dépasser les limites d'un rapport en vous les rappelant ici ; ils se trouvent d'ailleurs pour la plupart dans les ouvrages modernes qui ont été publiés sur l'affection calculeuse de la lithotritie. Je désire néanmoins fixer un instant votre attention sur le procédé opératoire, le meilleur, suivant moi, pour atteindre les calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre, où souvent ils acquièrent un volume considérable et deviennent inaccessibles à tous les procédés de lithotritie. C'est, d'ailleurs, une des régions de l'urètre où ils apparaissent le plus souvent. Mais, d'abord, il faut que je vous fasse connaître le travail de notre savant confrère M. Le Roy-d'Etiolles.

Le sujet, ou plutôt l'occasion de ce travail, est un homme de soixante-dix ans, de petite taille, bien constitué ; sa santé générale, malgré ses souffrances, n'est pas trop altérée. Il est affecté depuis 1816 d'un rétrécissement de l'urètre. Cette maladie est allée sans cesse en augmentant. En 1822, elle détermina une rétention d'urine. Depuis cette époque jusqu'en 1830, il a continué à se passer des sondes pour remédier aux accidents déterminés par la maladie.

Le médecin auquel il se confia en 1830 pratiqua dans l'urètre des cautérisations pour détruire, disait-il, les carnosités ; mais il ne put pénétrer dans la vessie, il était arrêté dans la portion membraneuse de l'urètre par un corps étranger qu'il reconnut être un calcul. A partir de ce moment jusqu'en 1851, le corps étranger est allé croissant. Pour pallier les douleurs qu'il occasionnait, le malade avait recours à divers moyens, parmi lesquels nous citerons les injections urétrales faites avec un liquide mucilagineux. Toutefois, le mal augmentant, le malade eut recours aux soins éclairés de M. Michon. Notre excellent confrère, ayant constaté que l'appareil instrumental de la lithotritie vulgairement employé était ici inapplicable, engagea le malade à prendre les conseils éclairés de M. Le Roy-d'Etiolles. Cet habile lithotriteur constata, comme M. Michon, l'impossibilité de saisir le calcul urétral; il eut alors la pensée de l'évider, comme il avait eu occasion de le faire une dizaine d'années auparavant dans le service de M. Breschet, sur un malade porteur du même mal. Cette tentative ne fut point heureuse. Notre ingénieux confrère fit construire alors un instrument dont la forme s'adaptait à la rigole faite par l'urine sur le calcul, il avait la

forme d'une sonde ; mais dès qu'il était en place, par un mécanisme que vous avez pu apprécier, on mettait à nu une râpe composée de deux éléments mobiles, de telle sorte que, étant mise en jeu, elle était destinée à user le calcul, tout en le rendant immobile par le mouvement alternatif des deux parties de la râpe. La mobilité du calcul au milieu des parties molles et élastiques était la principale cause qui avait empêché sa perforation. Cet ingénieux instrument ne donna aucun résultat satisfaisant ; il fallut recourir à une opération sanglante.

Quand le chirurgien veut recourir à la lithotritie pour détruire des calculs volumineux arrêtés et développés dans la portion membraneuse de l'urètre, où ils ont déterminé des lacunes, où souvent ils sont devenus adhérents, il se trouve alors dans de si mauvaises conditions qu'on comprend très bien qu'il échoue le plus souvent ; ces difficultés sont telles, en effet, que M. Le Roy, dont personne ne contestera l'habileté, a dû, dans trois circonstances, y renoncer pour recourir à l'opération de la boutonnière. Ce qu'il importe, avant tout, pour pratiquer la lithotritie, c'est de pouvoir faire manœuvrer les instruments, saisir le calcul ; or, comment le faire dans une cavité occupée totalement par un calcul, qui souvent présente un volume considérable, s'étend du côté du bulbe, du côté de la portion prostatique de l'urètre jusque dans la vessie elle-même, comme cela résulte d'un grand nombre de faits rapportés par M. Civiale dans son *Traité de l'affection calculeuse* ?

Notre savant collègue M. Chassaignac a émis des doutes sur le point précis occupé par le calcul ; suivant lui, les calculs extraits étaient prostatiques et non urétraux. Je ferai à notre honorable confrère les objections que lui fit dans son travail M. Le Roy : 1° Les calculs extraits, réunis par des facettes, comme cela se voit dans les calculs vésicaux et urétraux, offraient le volume d'un petit œuf et n'avaient point la composition des calculs prostatiques ; de plus, ces derniers n'acquièrent jamais un volume aussi considérable, si on parle seulement de ceux qui se développent dans la prostate elle-même et non dans la partie prostatique du canal. 2° Lorsqu'une sonde était introduite dans l'urètre, elle n'atteignait le corps étranger que lorsqu'elle était arrivée sous l'arcade pubienne ; le doigt indicateur introduit alors dans le rectum sentait très bien les calculs et, derrière eux, la prostate. Pour toutes ces raisons, j'ad-

mets avec M. Le Roy que des calculs urétraux seuls ont été extraits.

Il résulte des considérations qui précèdent que souvent les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont au-dessus des ressources de la lithotritie. Dans ces cas, il faut que le chirurgien intervienne armé de l'instrument tranchant. Les calculs développés dans la portion membraneuse de l'urètre sont accessibles comme ceux qui se développent dans la région pénienne par le périnée. En effet, une incision faite suivant le raphé à la façon de la taille médiane permet d'arriver sur la partie antérieure de la portion membraneuse de l'urètre; mais celle-ci est intéressée dans une trop petite étendue pour permettre l'extraction d'un corps volumineux sans que des violences soient exercées sur les parties voisines. Une autre incision plus avantageuse que la précédente permet encore au chirurgien de découvrir la partie antérieure de la région : c'est une incision courbe, comme celle que pratiquait Celse et comme celle que nous pratiquons dans la taille bilatérale. La pierre elle-même peut servir de conducteur. Cette incision courbe, que M. Le Roy-d'Etiolles avait eu la pensée de faire sur son malade, présente à peu près les mêmes inconvénients que l'incision médiane; elle ne permet d'agir que sur la partie antérieure du calcul; et, quand ce dernier est volumineux, qu'il a refoulé la prostate, distendu l'urètre, cette opération est insuffisante, et c'est à juste raison que notre confrère l'a rejetée. Il préféra une incision médiane recto-urétrale n'intéressant ni la prostate ni le sphincter. Un spéculum bivalve introduit dans le rectum permet à l'opérateur d'inciser la cloison recto-urétrale et d'extraire le calcul avec facilité, surtout lorsqu'il n'est point très gros ou qu'il est multiple, comme cela s'est rencontré sur le malade de M. Le Roy. Cette incision médiane présente encore un avantage, c'est qu'elle n'expose point à l'hémorrhagie; à côté de ces avantages, il faut l'avouer, elle a aussi ses dangers : elle met en communication l'urètre et le rectum; quand le conduit excréteur de l'urine, distendu par des masses calculeuses, est déformé, malade et qu'il ne peut que difficilement revenir sur lui-même, les matières fécales d'une part vont passer dans l'urètre, et l'urine à son tour, à chaque miction, à moins qu'une sonde ne soit toujours maintenue à demeure, passera dans le rectum : d'où des excoriations, suite naturelle et forcée du passage de l'urine. La suite presque inévitable de cette opération,

surtout chez les vieillards, est une fistule recto-urétrale. Il résulte des renseignements pris près de M. Le Roy-d'Etiolles que son malade a survécu à l'opération, mais qu'il a éprouvé de graves accidents, tels qu'infiltration d'urine, gangrène, passage des matières fécales par l'urètre, etc. ; actuellement, il reste encore une fistule recto-urétrale. Si ce procédé devait encore être employé, peut-être vaudrait-il mieux inciser en même temps et la muqueuse rectale et le sphincter; de la sorte, les urines et les matières fécales s'écouleraient avec facilité, et on préviendrait peut-être le passage des matières fécales dans l'urètre et l'infiltration urineuse.

Je me suis efforcé de trouver un procédé opératoire qui offrît les avantages de l'incision recto-urétrale sans en avoir les inconvénients. Voici le procédé opératoire auquel je me suis arrêté.

Une incision courbe, partant des parties latérales de l'anus, passant à huit ou dix lignes de cet orifice et intéressant toute la circonférence antérieure de cet organe, comme si le chirurgien voulait en faire l'ablation, respectant le bulbe et coupant les fibres du sphincter anal qui vont dans ce dernier organe, conduit dans l'espace triangulaire compris entre le rectum et l'urètre. Le doigt porté dans cette incision donne la sensation du cathéter ou du calcul urétral. Le rectum, dans ce point, étant réuni à l'urètre par un tissu cellulaire lâche, se laisse disséquer avec facilité. Lorsque cette dissection a été poussée jusqu'à une certaine limite, le doigt, en déprimant la paroi antérieure de cet organe, fait apercevoir les fibres antérieures du releveur de l'anus, la portion membraneuse de l'urètre, la partie postérieure du bulbe et la partie antérieure de la prostate; l'œil et le toucher permettent de reconnaître à coup sûr les parties que je viens d'indiquer.

Si donc on veut extraire un calcul de la région membraneuse de l'urètre, une incision d'avant en arrière permettra aisément cette extraction. Si même il se prolonge au côté de la prostate, il est encore facile de l'extraire en intéressant la partie antérieure de cette glande, de la même façon que s'il s'étendait du côté du bulbe; une incision faite sur la ligne médiane et perpendiculaire à l'incision courbe permettrait encore au chirurgien de l'atteindre, en intéressant le bulbe, il est vrai. Ce qui, suivant moi, ne serait point une chose bien grave, en raison de l'importance de l'opération. Cette opération est facile à exécuter; elle n'expose point à l'hémorrha-

gie, car les hémorrhoïdales antérieures seules sont intéressées, et le chirurgien peut les lier avec facilité. De plus, elle permet d'attaquer le calcul par sa partie médiane, avantage que n'ont pas les incisions médianes et courbes dans lesquelles on n'intéresse que la partie antérieure de l'urètre. Cette opération n'a point les désavantages de la boutonnière recto-urétrale. Dans cette opération les urines ne coulent point de l'urètre dans le rectum ; elles ne déterminent point fatalement chez les vieillards une fistule recto-urétrale. Sans doute cette opération, comme bien d'autres, a ses désavantages, si la sonde que l'on doit faire passer de l'urètre dans la vessie ne livre pas un passage complet et facile aux urines. Celles-ci peuvent déterminer, par leur passage sur le tissu cellulaire lâche du rectum, une inflammation vive, de la gangrène même. Mais cet inconvénient peut être évité par l'introduction d'une sonde convenable pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Il peut encore se faire que la paroi antérieure du rectum ne se réunisse point complétement à la portion membraneuse de l'urètre, et qu'une fistule périnéale persiste; mais ces inconvénients ne sont rien auprès d'une fistule recto-urétrale, sur laquelle le chirurgien a peu de prise, tandis qu'il peut agir sur une fistule périnéale, soit pour la guérir, soit pour en pallier les fâcheux effets.

Cette opération a encore un grand avantage que je ne puis omettre dans ce moment, où la chirurgie cherche à rétablir par une opération la continuité de l'urètre, interrompu par un rétrécissement complet occupant la partie profonde de ce canal.

L'opération que je propose permet au chirurgien d'arriver sûrement sur la partie intérieure de la prostate, qu'il est aisé de reconnaître ; grâce à cette circonstance, il devient facile de retrouver la partie vésicale du canal, puisque cette partie de l'urètre est rarement, si elle l'est jamais, le siége d'un rétrécissement. Sans doute chez les vieillards, où la prostate peut être hypertrophiée, déformée et affectée de tumeurs vives, cette opération présente moins d'avantages; mais elle peut encore, même dans ces circonstances, rendre de grands services. D'ailleurs, on comprend que le chirurgien peut encore recourir à cette opération pour extraire des calculs arrêtés dans la prostate elle-même quand la lithotritie ne peut pas en faire justice, et qu'il est urgent de débarrasser le malade. Il est d'autres avantages sur lesquels je ne m'arrête point ici. C'est à

l'aide d'une opération de ce genre que M. le professeur Sédillot est arrivé à retrouver la portion vésicale du canal dans une de ces opérations qu'il a pratiquées avec succès pour rétablir la continuité de l'urètre. Opération qu'il a dû faire sans conducteur.

Discussion.

M. Robert. En examinant le dessin que M. Demarquay a fait passer sous les yeux de la Société, il me semble qu'il s'est plus rapproché du rectum qu'il ne le faisait quand il s'exerçait au procédé opératoire qu'il vient de faire connaître. En agissant de la sorte il s'éloigne du bulbe, mais il s'expose à blesser l'ampoule rectale, très développée chez la plupart des vieillards. D'ailleurs, en opérant ainsi, il dénude un peu le rectum. M. Demarquay, outre l'extraction des calculs, propose, de plus, son procédé comme moyen de retrouver la portion vésicale du canal de l'urètre.

Dans un cas où j'avais à rétablir la continuité du canal chez un individu qui l'avait complétement interrompu, j'ai préféré recourir au cathétérisme forcé, et rétablir, à l'aide d'une sonde à dard, le canal de l'urètre interrompu dans sa partie profonde. Grâce à cette opération, je pus rétablir le cours naturel des urines; des sondes furent introduites dans l'urètre; et quand le malade quitta l'hôpital, il introduisait facilement une sonde n° 10.

M. Demarquay. C'est à la distance de 8 à 10 lignes de l'orifice anal que je pratique l'incision. En agissant ainsi, et avec précaution, la fin du gros intestin ne court aucun risque.

M. Michon. Lorsque j'ai vu pour la première fois le malade de M. Leroy, j'avais déclaré la lithotritie impraticable; j'avais même pris jour pour l'opérer. Je regrette que M. Demarquay n'ait point insisté sur les suites de l'opération; d'autant plus qu'il semble donner trop d'éloges au procédé opératoire employé par M. Leroy. La gangrène et l'infiltration urineuse qui sont survenues pourraient, en partie du moins, être mises sur le compte de ce procédé. M. Demarquay a eu raison de dire que l'idée de l'opération qu'il propose serait venue à l'esprit de tout chirurgien anatomiste.

Chez M. Durosier, que je vis avec sept de mes collègues, je déclarai ausssi la lithotritie inapplicable; néanmoins des tentatives furent faites par M. Leroy, et il fallut aller à la recherche de cha-

que fragment, et la forte constitution du malade ne put le garantir d'une fatale fin.

M. Demarquay. Je n'ai point fait l'éloge du procédé préféré par M. Leroy. J'ai dit quels étaient ses avantages et ses inconvénients. Je l'ai rejeté, ne conservant pour celui que j'ai décrit que ce qu'il y a de bon.

M. Huguier. Les craintes que M. Robert a émises relativement à la blessure du gros intestin par le procédé de M. Demarquay, que j'accepte complétement d'ailleurs, ne me paraissent point fondées. J'ai pu établir des vagins absents congénitalement en passant entre le rectum, d'une part, et la vessie, de l'autre, sans endommager la fin du gros intestin. D'ailleurs, une piqûre à l'intestin n'est point une chose bien grave, et on peut toujours éviter cette lésion en portant un doigt dans le rectum pendant qu'on l'isole des parties voisines.

M. Guersant. Chez un enfant, M. Houzelot avait été obligé de faire une ponction de la vessie pour une oblitération du canal ayant son siége dans la portion membraneuse de l'urètre, et résultant d'une chute sur le périnée. Dans ce cas, une incision courbe faite au-devant de l'anus me permit d'atteindre le mal et de rétablir la continuité de l'urètre.

M. Chassaignac. Je désire qu'il ressorte bien de cette discussion que la lithotritie appliquée aux calculs de la portion membraneuse de l'urètre est une mauvaise opération. Aux faits déjà cités, j'en ajouterai deux autres que j'ai observés, l'un à la Charité, l'autre à Necker. Les tentatives de lithotritie faites dans ces cas ont été sans résultat ou désastreuses.

M. Morel. Je me demande si, dans le cas d'interruption de l'urètre dans sa partie profonde, on ne pourrait point rétablir la continuité de ce canal en faisant un double cathétérisme, l'un de dehors en dedans, par l'urètre, l'autre de dedans en dehors, en ponctionnant la vessie. Cela fait, on rétablirait la continuité du canal à l'aide d'une sonde conique, au moyen de laquelle les deux parties du canal seraient mises en continuité.

M. Demarquay. Je crois que M. Chassaignac a été trop absolu en rejetant toute opération de lithotritie faite dans l'urètre pour détruire les calculs profondément placés. Je suis de son avis; quand il s'agit

de calculs volumineux développés dans ce point, la lithotritie est facile et doit être faite.

M. Chassaignac. Je ferai observer à M. Morel que l'idée de faire passer une sonde de la cavité vésicale dans l'urètre n'est pas nouvelle. J'ai insisté plusieurs fois ici, au sein de la Société, sur les avantages de ce procédé, et je l'ai mis à exécution à l'hôpital de la Charité, en 1844, ainsi que cela résulte d'une leçon publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 17 septembre 1844. Deux sondes métalliques furent poussées à la rencontre l'une de l'autre et reconstituèrent un canal perméable plus tard aux sondes élastiques.

M. Morel. Je ferai observer à M. Chassaignac que c'est Verdrlm qui a eu la pensée de faire le cathétérisme de l'urètre par la cavité vésicale.

M. Lenoir. J'ai eu occasion d'observer le malade de M. Robert à Necker; il n'est point guéri; plusieurs fois on lui a passé des sondes pendant un temps assez long; mais dès qu'il est sorti de l'hôpital le rétrécissement se reproduisit de suite. La difficulté de ces opérations est d'entretenir la perméabilité du canal. Je ne crois pas que l'on puisse établir un canal permanent au milieu d'un tissu inodulaire.

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Huguier présente une tumeur fibreuse intra-utérine enlevée quinze jours après l'acconchement.

Lipome.

M. Demarquay présente un lipome du volume d'un gros œuf de pigeon, développé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure.

M. Chassaignac a observé, à l'hôpital Saint-Antoine, un lipome semblable chez un vieillard atteint de cancer de la langue.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 17 *février* 1852.

Présidence de M. Larrey.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Chassaignac présente un enfant sur lequel on observe une déformation du coude; il croit que cette déviation est due à une fracture de la partie supérieure de l'humérus.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Des fistules ossifluentes de la face et de la carie alvéolaire latente*, par M. Chassaignac;

2° *Recherches sur les causes des déplacements du tibia sur le fémur dans les arthropathies du genou*, par M. Ferdinand Martin.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Cathétérisme.

M. Morel-Lavallée a la parole à l'occasion du procès-verbal. Je désire, dit-il, rétablir en deux mots la question du cathétérisme par l'intérieur de la vessie.

1° Dans un cas de rupture traumatique de l'urètre, Verguin, de Toulon, ayant vainement essayé le cathétérisme ordinaire pour faire cesser la rétention d'urine, fit la ponction de la vessie par-dessus le pubis. Voyant que la sonde introduite par le méat urinaire, arrivée à la rupture de l'urètre, ne pouvait s'engager dans l'extrémité postérieure de ce canal, il eut l'ingénieuse idée de passer une sonde dans la vessie par son ouverture hypogastrique, de la faire pénétrer dans l'urètre par le col vésical jusqu'à la rupture du canal. Une fois que ces deux sondes, celle introduite par le méat et celle introduite par la vessie, furent arrivées au contact l'une de l'autre dans la plaie urétrale, il retira doucement celle de la vessie en même temps qu'il la faisait suivre par celle de l'urètre, qu'il enfonçait à mesure qu'il retirait l'autre. De cette façon, la sonde passée par le méat parvint, en suivant l'autre, à franchir l'obstacle et à pénétrer dans la vessie.

2° M. Chassaignac conçut et exécuta depuis, de son côté, la même opération pour un cas d'hypertrophie de la prostate, et avec un plein succès.

3° Enfin, je proposais, dans le cas de rétrécissement organique grave de l'urètre, avec impossibilité de pénétrer dans la vessie par le méat, de profiter d'une ponction hypogastrique de la vessie pour pratiquer le cathétérisme forcé de l'urètre avec une sonde conique, ou même une sonde à dard introduite par la vessie, en même temps qu'une sonde passée dans la partie libre de l'urètre viendrait à la rencontre du premier instrument. De cette façon, l'instrument introduit par la vessie dans l'urètre étant parvenu au périnée, il serait facile de le gouverner, de le diriger avec le doigt, ce qui eût

été parfaitement applicable au cas de M. Guersant. On serait moins exposé à faire des fausses routes graves qu'avec le cathétérisme forcé ordinaire, que j'ai vu conduire dans le rectum.

Dans les rétrécissements très graves, compliqués d'indurations, de fistules, etc., ne pourrait-on pas, dans ce but, pratiquer la ponction préalable de la vessie, ponction peu sérieuse, comme l'a depuis longtemps démontré M. Gerdy, ce qui est aussi conforme à l'expérience de M. Roux, comme vous avez pu le voir dans la dernière séance?

M. Chassaignac. Je désire présenter une seule observation. C'est en 1846 que j'ai eu l'idée de rétablir la continuité de l'urètre par deux sondes, l'une introduite par l'urètre et l'autre par la vessie.

Luxation en avant de la première phalange du pouce.

M. Lenoir. J'ai l'honneur de présenter à la Société le cas rare d'une luxation en avant de la première phalange du pouce sur son métacarpien. Le dessin que j'ai fait faire de la difformité que présentait le malade lors de son entrée à l'hôpital établira la réalité de ce déplacement articulaire, et l'examen du malade lui-même, que j'ai amené ici au commencement de la dernière séance, vous a montré qu'on peut réduire ce déplacement même après cinq semaines d'existence.

Voici cette observation.

Louis C..., âgé de treize ans, peu développé pour son âge, mais bien portant du reste, a été conduit à l'hôpital Necker le 2 février 1852; il portait au pouce gauche une difformité, sur laquelle il nous donne les détails suivants :

Le 25 décembre dernier il traversait un pont en tenant dans sa main gauche un sou. Eloigné un instant de son père, avec qui il était, et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en avant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé,

car pendant sa chute il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleur. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de grande consoude.

Quelle forme avait alors son pouce? Nous l'ignorons; mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, époque à laquelle il nous fut présenté par le docteur Thayer, médecin à Saint-Cloud.

A la face dorsale du pouce gauche il existe une assez forte saillie formée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans; ce qui augmente un peu le diamètre transverse de cette tête. Du côté de la face palmaire il existe une autre saillie placée un peu au-dessus de la précédente, et formée, comme celle-ci, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci, et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvements possibles, ou du moins ceux qu'on veut communiquer sont très douloureux. Du reste, il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée il y a quelques années par M. Lüer, pinces dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elles des luxations de doigts ou d'orteils. Après avoir fait immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions directes en avant, en même temps qu'avec le pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens. Cette tentative n'eut aucun succès. J'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second. Puis, quand, à l'aide de tractions ménagées faites avec les pinces, je crus avoir mis les parties articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et par un mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je

donnai au pouce sa longueur et sa direction normales. La réduction fut ainsi obtenue, et j'ajoute sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instants auparavant une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles courts fléchisseurs et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, et il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Je vous ai présenté cette observation avec quelques détails, parce que la lésion qui en fait le sujet est assez rare. En effet, notre collègue Nélaton déclare dans son livre qu'il n'en a trouvé que quatre cas bien authentiques consignés dans les annales de la science, et dans lesquels on n'a pu réduire qu'une seule fois.

J'aurais voulu rendre cette communication moins aride en l'accompagnant de recherches suivies sur le mécanisme de la luxation de la première phalange du pouce en avant, et sur la meilleure manœuvre qu'il convient d'employer pour obtenir la réduction. Malheureusement le temps m'a manqué; mais je prends l'engagement de faire ces recherches et de vous les communiquer.

Discussion.

M. Cloquet croit, avec M. Lenoir, que le long fléchisseur et quelques autres muscles peuvent s'opposer à la réduction de ces luxations. Il propose la pince imaginée dans ces derniers temps comme étant l'instrument le plus commode pour réduire ces sortes de luxations.

M. Roux. Les luxations du pouce sont généralement difficiles à

réduire. J'ai pu, il y a quelque temps, sur un malade de M. Demarquay, réduire une luxation du pouce en arrière qui avait déjà résisté à plusieurs tractions, et qui céda sous l'influence d'un mouvement de rotation imprimé à la phalange. Ce mouvement, qui a eu un résultat heureux, a été l'occasion de recherches de la part de M. Demarquay, desquelles il est résulté l'indication d'un procédé de réduction de ces luxations très rationnel.

M. Marjolin demande à M. Lenoir s'il a bien examiné la main du côté opposé. Cela est d'autant plus important que certaines personnes jouissent de la faculté de produire à volonté une demi-luxation de la première phalange du pouce sur le premier métacarpien; M. Marjolin père, comme beaucoup de personnes le savent, avait cette faculté à un haut degré.

M. Larrey cite aussi un cas de luxation métacarpo-phalangienne du pouce datant de six jours, irréductible par les tractions ordinaires, et qu'il a réduite assez facilement à l'aide de la pince de M. Lüer et du mouvement de torsion employé par M. Roux et signalé par M. Demarquay; mais M. Larrey n'insiste pas sur ce fait, parce qu'il se rapporte également à la luxation fréquente en arrière, tandis que le cas présenté par M. Lenoir doit limiter la question à la luxation rare ou en avant.

Exploration de la rétine et du cristallin.

M. Follin lit un travail ayant pour titre: *De l'exploration de la rétine et du cristallin à l'aide d'un instrument d'optique (speculum oculi).* Une commission, composée de MM. Lenoir, Maisonneuve, Chassaignac, est chargée de faire un rapport sur le travail de M. Follin.

Polype du pharynx. — Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente un maxillaire supérieur droit sain enlevé par lui, afin de pouvoir pratiquer l'ablation d'un polype du pharynx qui envoyait un prolongement considérable dans la narine correspondante, et un autre qui contournait la partie postérieure du maxillaire et venait faire saillie dans la région génienne; une petite portion s'élevait du côté de l'apophyse basilaire. Une incision partant de la partie médiane du nez et s'étendant jusque sur la lèvre supérieure et une autre incision partant de la com-

missure pour se porter au dehors permirent au chirurgien de disséquer un large lambeau, et de le relever de façon à mettre à nu toute la surface osseuse de la joue droite; à l'aide d'une scie à chaîne, il fit la section de l'os malaire, de l'apophyse montante du maxillaire et de la voûte palatine. Le maxillaire enlevé, M. Maisonneuve put avec grande facilité enlever le polype pharyngien, ainsi que ses prolongements. Plusieurs chirurgiens, ajoute M. Maisonneuve, ont déjà pratiqué cette ablation avec succès; en France, cette opération a été faite par M. Flaubert (de Rouen) et M. Robert, et, en Belgique, par un chirurgien distingué dont le nom m'échappe.

M. Giraldès. Le fait rapporté par M. Maisonneuve est fort intéressant; il vient, avec quelques autres faits qui se trouvent dans la science, compléter l'histoire des polypes pharyngiens, en démontrant que ces productions peuvent contourner la partie postérieure du maxillaire pour se porter du côté de la joue. M. Huette, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, a rencontré un cas tout semblable à celui de M. Maisonneuve. Une autre observation se trouve encore dans les *Archives*. Hewett

M. Huguier. J'ai été obligé dans une circonstance de détruire la paroi antérieure du sinus maxillaire, d'enlever l'apophyse montante du même os pour arriver sur le pédicule d'un polype; dans ce cas, une incision partant de la partie interne de l'œil et tombant sur la lèvre supérieure me permit de disséquer les parties molles de la joue et de les rejeter au dehors. De la sorte, j'ai pu conserver la voûte palatine : peut-être que M. Maisonneuve aurait pu agir de la même façon.

Le malade a été présenté guéri à la Société.

M. Chassaignac. Je crois qu'il eût été possible et avantageux de conserver le plancher de l'orbite. Quant à l'usage de la scie à chaîne dans cette opération, j'en suis tout à fait partisan, et je crois être le premier qui ai démontré dans mes cours tout le parti que l'on peut tirer de cet instrument dans l'ablation du maxillaire supérieur. En la faisant passer par la fente sphéno-maxillaire, on fait une section nette et on évite les éclats.

M. Maisonneuve revient de nouveau sur les procédés opératoires qu'il a suivis et déclare que depuis plusieurs années il se sert de la scie à chaîne pour pratiquer l'ablation du maxillaire supérieur.

M. Roux. La science doit recueillir avec soin les cas de polypes fibreux des fosses nasales et du pharynx, surtout quand le chirurgien a pu les faire disparaître par un procédé opératoire nouveau. Comme beaucoup de mes collègues, j'ai eu à traiter un certain nombre de ces polypes, et dans un cas où un polype des fosses nasales avait déformé le nez et se portait au dehors, en même temps qu'il avait détruit une partie de la voûte palatine, j'ai pu, grâce à une incision faite sur la partie latérale du nez du côté correspondant au polype, disséquer un lambeau, que je rejetai au dehors, ce qui mettait largement à nu la narine correspondante et l'apophyse montante du maxillaire. Je pus alors avec des ciseaux aller couper le pédicule du polype et en pratiquer l'ablation. Les parties molles furent réunies, et, grâce à une petite opération autoplastique, j'ai pu faire disparaître jusqu'aux traces du polype.

M. le professeur Gerdy. L'opération de M. Maisonneuve est une opération bien faite et bien entendue; on peut cependant se demander si elle était indispensable. On trouve dans les annales de l'art une observation de Manne qui prouve que le chirurgien peut, à l'aide d'une série d'opérations, arriver à pratiquer l'ablation des polypes de l'arrière-gorge et des fosses nasales sans faire courir au malade des accidents sérieux. L'ablation du maxillaire supérieur est une opération grave qui entraîne souvent la mort par infection purulente. D'ailleurs qui ne sait que la mort peut survenir à la suite d'opérations légères pratiquées sur la face? Je l'ai vue survenir à la suite d'un coup de couteau reçu dans cette région qui occasionna une opération d'autoplastie faite pour réparer l'aile du nez par Dieffenbach. D'ailleurs ces opérations si graves faites pour obtenir la guérison des polypes ne guérissent pas toujours. J'aurais donc préféré attaquer le polype par des opérations successives faites dans le but d'enlever :

1° La partie antérieure ;

2° Par une incision médiane du voile du palais, on aurait pu enlever la partie postérieure sans faire courir de dangers au malade.

M. Maisonneuve. Je crains que M. Gerdy ne se soit pas bien rendu compte des circonstances dans lesquelles je me suis trouvé. Il m'eût fallu faire au moins trois opérations, assez sérieuses d'ailleurs, pour arriver au résultat que je voulais atteindre ; encore je ne suis

pas certain qu'on puisse y arriver. Quant au lobule qui allait s'implanter à l'apophyse basilaire, il eût été impossible de l'enlever, même à l'aide de ces trois opérations. Je ne crois pas que l'opération du maxillaire supérieur, faite dans de bonnes conditions, soit une opération bien grave; j'ai vu des malades guérir de cette opération en neuf jours, et je préfère l'ablation du maxillaire, qui permet au chirurgien d'enlever complétement un polype pharyngien, à une série d'opérations sérieuses qui ne mènent pas aussi sûrement au même résultat.

M. Cloquet. Je désire appeler un instant l'attention de la Société sur un fait qui me paraît intéressant. Dans deux circonstances, j'ai trouvé au centre de polypes des productions osseuses. Dans un polype du pharynx que j'ai enlevé chez une jeune fille, j'ai trouvé dans le centre du pédicule un petit os. Dans un polype muqueux, j'ai trouvé au centre une espèce de sphère osseuse qui contenait une certaine quantité de matière muqueuse.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 25 *février* 1852.

Présidence de M. Larrey.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Paralysie du nerf moteur oculaire commun.

M. Chassaignac présente deux malades.

Le premier est un homme de soixante-quatre ans, tisserand, entré à l'hôpital Saint-Antoine depuis une huitaine de jours. Cet homme, qui a eu plusieurs accès de goutte, a déjà été atteint de l'accident pour lequel il se présente aujourd'hui. C'est une paralysie de la troisième paire, ou moteur oculaire commun. Ce n'est point pour ce fait, devenu en quelque sorte banal, que le malade est présenté à la Société. Mais c'est parce que la paralysie, dans le cas particulier, appartient à cette variété curieuse dans laquelle il n'y a pas de mydriase, ou dilatation anormale de la pupille. L'anomalie consistait dans l'absence de ce signe habituel de la paralysie du moteur commun, qui s'expliquerait par l'absence, dans les cas

de ce genre, de la racine motrice que ce nerf envoie au ganglion ophthalmique, et qui serait remplacée, ainsi que l'a vu Pourfour du Petit, par une racine motrice émanant de la sixième paire, ou moteur oculaire externe. Les faits cliniques de ce genre ont une importance réelle en ophthalmologie. Il existe aussi chez ce malade cette saillie du globe oculaire désignée par Ch. Bell sous le nom d'*ophthalmoptosis* et, de plus, le phénomène de la diplopie superposée.

Corps étranger dans le scrotum.

Le second malade est également un vieillard chez lequel existe à gauche une hydrocèle avec présence dans la tunique vaginale d'un corps flottant d'une dureté pierreuse qui a le volume d'une noisette, mais avec des formes anguleuses et comme cubiques. On avait cru d'abord à la transformation crétacée d'un produit tuberculeux. Quelle est la nature de ce corps? Est-il, ainsi que M. Lenoir dit en avoir vu un exemple, composé de matière cartilagineuse? Serait-ce un amas de cholestérine? Cette supposition repose, suivant M. Chassaignac, sur ce qu'il a déjà eu l'occasion de constater la présence de cristaux de ce genre dans l'hydrocèle. Il y a cette différence, que le liquide était noir, tandis qu'ici il est d'une transparence non douteuse.

Luxation du coude.

M. LE PROFESSEUR ROUX cite un cas de luxation du coude méconnue et réduite au cinquantième jour. Déjà ce professeur a eu occasion de réduire douze luxations du coude méconnues, après un temps plus ou moins éloigné de l'accident, et toujours avec succès. Il se demande s'il n'y aurait point à rechercher les causes qui induisent le chirurgien en erreur et lui font méconnaître cette luxation.

Polypes du pharynx.

M. ROBERT. Le fait communiqué récemment par M. Maisonneuve est en tout point conforme à ceux que j'ai eu occasion d'observer. Le prolongement que ces sortes de polypes envoient en contournant la partie postérieure du maxillaire est tellement commun, que dans un cas j'ai pu soupçonner un polype pharyngien à la présence d'une tumeur située dans la région génienne. Le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, me fit découvrir le polype que j'a-

vais soupçonné. Ces polypes pharyngiens ne s'implantent point toujours dans le pharynx; c'est souvent en dehors de cet organe, aux environs du trou déchiré antérieur, dans le tissu fibro-cartilagineux que l'on rencontre dans ce point, que les polypes pharyngiens viennent s'implanter; après avoir pris racine dans le point que je viens d'indiquer, ils pénètrent dans le pharynx en passant à travers le tissu lâche qui forme la partie supérieure de la première partie du tube digestif. Une fois nés dans ce point, on comprend facilement le prolongement qu'ils envoient du côté des fosses nasales et au pourtour du maxillaire postérieur. En raison de la disposition de ces polypes, je ne crois point à la possibilité de les enlever par des opérations partielles, comme le veut M. le professeur Gerdy. Il faut du jour pour pratiquer ces ablations, et le moyen d'en avoir, c'est d'enlever le maxillaire supérieur correspondant au polype. Sur dix malades auxquels cette ablation a été faite par moi, je n'en ai pas perdu un seul à la suite de ces opérations. Pour détruire définitivement le point d'implantation du polype, j'ai été obligé de faire des cautérisations avec le fer rouge, le caustique de Vienne. Comment faire ces cautérisations si le maxillaire n'est point enlevé?

M. Gerdy. Ce que vient de dire M. Robert sur le point d'implantation de ces polypes me frappe. Cette observation mérite d'être consignée. Néanmoins, je crois que le chirurgien peut arriver à débarrasser son malade de polypes développés dans le pharynx sans enlever le maxillaire supérieur. Il peut se donner du jour soit en fendant le voile du palais, soit en faisant disparaître l'apopbyse montante du maxillaire supérieur, soit encore en ouvrant largement le sinus maxillaire. Par ces opérations, le chirurgien conserve la charpente de la face. Il se donne tout le jour nécessaire pour terminer son opération; il peut même, grâce à ces opérations, agir sur le pédicule du polype, soit pour le couper avec des pinces incisives, soit pour en cautériser le pédicule. S'il survenait une hémorrhagie, un tamponnement bien fait en aurait facilement raison. En un mot, je crois que la manière de faire de Manne est la meilleure, et je m'élève contre l'ablation complète du maxillaire comme moyen de favoriser la destruction d'un polype pharyngien.

M. Robert. Je connais l'opération de Manne; mais je ne vois pas qu'elle soit applicable aux cas actuels, à cause des prolonge-

ments de ces productions fibreuses; d'ailleurs, Manne avait affaire à un polype pharyngien avec prolongement dans les fosses nasales. Je ne crois même pas que l'opération imaginée par M. Nélaton soit applicable aux cas qui sont maintenant en discussion. Il s'agit ici bien plutôt de productions fibreuses extra-pharyngiennes avec prolongement dans cette cavité que d'un véritable polype. Les opérations fractionnées que proposent M. Gerdy exposeraient à des accidents hémorrhagiques redoutables. Dans un cas du genre de ceux qui nous occupent, voulant enlever une portion de ces productions, je déterminai une hémorrhagie grave que j'eus de la peine à arrêter.

M. Chassaignac. Avant de se décider à mettre en usage le procédé opératoire vanté par M. Robert, ou celui préconisé par M. Gerdy, il importe d'établir un diagnostic précis. Si on a affaire à une production fibreuse extra-pharyngienne, comme celle que M. Robert a rencontrée, je crois qu'il est avantageux de faire l'ablation du maxillaire, tandis que dans le cas de véritables polypes pharyngiens je me déciderais plutôt pour le procédé opératoire de M. Gerdy.

M. Huguier insiste sur l'importance de déterminer l'implantation des productions fibreuses de l'arrière-gorge. L'année dernière il a eu occasion de voir un jeune homme qui portait une de ces productions polypeuses de l'arrière-gorge, de constater que ce produit morbide avait envahi le sinus sphénoïdal et avait pénétré jusqu'à la base du cerveau, qu'il avait contracté des adhérences avec l'apophyse basilaire, les ophyses ptérygoïdes. Une chose importante à noter, c'est que les parties superficielles et profondes n'ont pas la même vascularité. La partie antérieure était fibreuse, peu vasculaire, tandis que la partie profonde a une grande vascularité.

M. Chassaignac insiste sur la difficulté de déterminer le lieu d'implantation de ces polypes, et croit que, lorsqu'ils sont très vasculaires, le procédé opératoire de M. Robert doit être préféré.

Ouvrages adressés à la Société.

Etudes anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule; par le docteur Follin.

— *Recherches sur un cas remarquable d'hermaphrodisme;* par le même.

— *Recherches sur les corps de Wolf;* par le même.

Rapport de M. Larrey sur le Traité de la méthode amovo-inamovible de M. Seutin (de Bruxelles) (1).

Messieurs, la Société de chirurgie a reçu daos l'une de ses dernières séances un livre dont l'auteur, fort célèbre en Belgique, est aussi connu en France. M. Seutin nous a adressé son *Traité de la méthode amovo-inamovible*, en demandant le titre de membre correspondant.

Le rapport verbal que je dois faire sur cet ouvrage a seulement pour but de vous en indiquer l'ensemble et la composition, sans en discuter les principes, sans en exposer les détails. Cette tâche serait d'ailleurs plus délicate pour moi que pour tout autre, puisque je serais entraîné peut-être par la discussion à revendiquer l'idée première de la méthode amovo-inamovible en faveur de celui qui, dès le début de sa longue carrière, avait adopté la pratique générale des pansements rares et des appareils inamovibles. Laissant donc de côté ce que j'ai écrit à ce sujet (2), il y a une vingtaine d'années, sur la pratique de mon père, je dois reconnaître tout d'abord que M. Seutin rend justice aux travaux de ses devanciers. L'habile chirurgien belge commence même l'historique de son ouvrage par ces mots de Zimmermann : « C'est l'expérience des autres qui doit nous instruire... » Après avoir exposé les progrès de l'art dans l'emploi des méthodes antérieures à la sienne, il en indique les points de ressemblance pour différencier celle-ci des autres et lui assigner les caractères d'une méthode nouvelle. Il s'en déclare l'inventeur, et lui assigne comme avantages propres :

1° D'être amovo-inamovible ;

---

(1) *Traité de la méthode amovo-inamovible*, comprenant des recherches historiques sur l'origine et la constitution de cette méthode, l'exposé de ses principes, de ses caractères et de ses procédés, et ses applications cliniques aux divers ordres de lésions et maladies chirurgicales ; par le docteur Seutin, avec 114 figures intercalées dans le texte. — 1851.

(2) *Traitement des fractures des membres par l'appareil inamovible.* Thèse inaugurale, 1832.

2° De s'appliquer non-seulement aux fractures, mais à d'autres affections;

3° De pouvoir se combiner avec les pansements;

4° De hâter l'époque des mouvements sans nuire à la consolidation.

M. Seutin était en droit de critiquer les appareils différents du sien et de citer avec éloge ceux qui s'en rapprochent davantage; il a usé de ce droit-là avec la confiance d'un auteur qui a foi en lui-même et dans ses œuvres, comme l'annoncent les conclusions générales formulées par lui à la fin de la partie historique de son livre.

La deuxième partie est l'exposé des principes de la méthode amovo-inamovible, retraçant les avantages déjà signalés. La préparation de l'appareil, composé de bandes roulées, de bandelettes de Scultet, de ouate, d'amadou, d'étoupes comme remplissages; de colle d'amidon ou d'empois, appliqués sur les bandes à l'aide d'un pinceau; d'attelles de carton humecté et d'un compressimètre en fil; la déligation ou le mode d'application du bandage; la section ou le moyen de le fendre, de l'enlever et de mettre le membre à découvert; la déambulation combinée avec la suspension du membre, sont successivement présentées par l'auteur comme autant de questions auxquelles il attache une grande importance.

Il énumère ensuite les diverses modifications de l'appareil amovo-inamovible pour soumettre chacune d'elles à une analyse critique: ainsi passe-t-il en revue le bandage dextriné de M. Velpeau, le mastic gypso-amylacé de M. Lafargue (de Saint-Emilion), le papier amidonné de M. Laugier, le pansement emplastique de M. De Lavacherie (de Liége), l'appareil ouaté de M. Burggrave (de Gand), et celui d'amidon avec addition de bandes en caoutchouc de MM. King et Christophores (de Londres).

M. Seutin, après cela, insiste sur l'essentialité de sa méthode; il en décrit le mode d'action avec tant de soin et il réfute avec tant de confiance les objections qui lui ont été adressées que nous aurions mauvaise grâce de renouveler sur quelques points une polémique devenue inutile devant l'expérience.

La troisième partie de l'ouvrage, et la plus considérable, est consacrée aux applications cliniques de la méthode amovo-inamovible. Elle comprend les fractures en général et les fractures en particu-

lier : les entorses et les luxations, les contusions et les épanchements sanguins, la rupture des muscles et des tendons ; les plaies diverses, les amputations des membres et les résections ; le bec-de-lièvre, l'érysipèle et le phlegmon, les abcès et les ulcères, les tumeurs blanches, les arthrites, les plaies des articulations et les hydarthroses, les cicatrices vicieuses et les rétractions des doigts ; les difformités, les anévrismes, les plaies des artères, les varices, les hernies (chez les enfants), et enfin les engorgements des testicules et des mamelles.

Cette longue énumération embrasse, comme on le voit, la plus grande partie de la pathologie chirurgicale, et, si elle laisse à désirer quelque chose dans la classification des maladies, si elle permet de revendiquer en faveur de différents modes de traitement, en faveur surtout du principe général de la compression, plusieurs des avantages que M. Seutin attribue spécialement à sa méthode amovo-inamovible, on doit reconnaître que cette méthode a une valeur qui lui est propre dans son principe, dans son mécanisme et dans ses applications.

Nous avons vu l'auteur la mettre en œuvre sous nos yeux, et nous n'avons pas hésité à l'essayer nous-même, afin d'en constater l'utilité, en nous dégageant, pour cette méthode comme pour d'autres, des préventions incompatibles avec l'esprit de progrès.

Permettez à votre rapporteur, messieurs, de vous rappeler, après ce court exposé, que M. Seutin occupe la position la plus éminente de la chirurgie belge, et qu'en l'associant à nos travaux nous rendrons hommage à un confrère dont la renommée s'est étendue au loin.

En conséquence, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer pour conclusions de ce rapport :

D'adresser à M. le docteur Seutin le diplôme de membre correspondant et de déposer son ouvrage dans la bibliothèque de la Société.

Le rapport et ses conclusions étant adoptés sans discussion, on procède au vote, et M. Seutin est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de chirurgie.

Communication.

M. Broca lit un mémoire ayant pour titre : *Des difformités des*

orteils produites par l'action des chaussures. (Commissaires : MM. Gosselin, Larrey et Chassaignac.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 3 *mars* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Corps étranger du genou.

M. Chassaignac présente un malade chez lequel, six semaines auparavant, les membres de la Société constatèrent l'existence d'un corps étranger dans l'articulation du genou. L'ouverture de l'articulation a été pratiquée au moyen du procédé de M. Goyrand, et le corps étranger a été repoussé dans le tissu cellulaire à une distance suffisante pour permettre de l'extraire désormais sans danger.

Aucun accident n'est survenu dans l'articulation du fait de la première opération. Le malade marche très bien.

Abcès de la cuisse.

M. Larrey présente un malade qui porte à la partie supérieure de la cuisse gauche une double tumeur contournant les faces interne et postérieure du membre, et offrant l'apparence d'un vaste abcès froid, soit idiopathique, soit symptomatique. C'est du moins ce que les antécédents permettraient de préjuger, d'une part, d'après certains indices locaux, tels qu'une ulcération fistuleuse au cou, avec adénite sus-claviculaire; d'autre part, d'après des douleurs éprouvées anciennement dans la région lombaire et dans la hanche du même côté. Mais ces douleurs ont depuis longtemps disparu, et les tumeurs se sont développées presque à l'insu du malade, qui n'en souffre aucunement, même sous l'influence de pressions assez fortes, et dont la santé générale ne semble point altérée. Le signe pathognomonique d'une collection purulente, la fluctuation, est enfin si peu manifeste, que l'on pourrait douter de l'existence réelle, ou du moins exclusive, d'un abcès. C'est là cependant le diagnostic à faire prévaloir.

Tumeur fibreuse de la gorge.

A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier présente une tumeur fibreuse développée dans l'arrière-bouche, chez un jeune homme de quinze ans. Cette tumeur envoyait des prolongements dans le sommet du pharynx, dans la fosse zygomatique et dans la fosse nasale droite; elle semblait partir des portions fibreuses qui tapissent le trou déchiré antérieur; elle adhérait aux deux apophyses ptérygoïdes et passait entre la tubérosité maxillaire et l'apophyse zygomatique. Dans deux cas, moins graves à la vérité, mais présentant de l'analogie, il lui a suffi d'ouvrir la paroi antérieure du sinus pour terminer l'opération, et il demande si on ne pourrait pas, après avoir enlevé la partie antérieure et extérieure du sinus maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os.

M. Maisonneuve pense que la pièce présentée par M. Huguier vient à l'appui de son opinion; l'affection étant, par son siége, très difficile à atteindre jusque dans ses dernières limites, il faut se frayer une voie sûre et en même temps large. Il croit que le procédé qu'il propose est, dans certains cas, le meilleur pour guérir les malades. En agissant ainsi, on est plus à même d'apprécier le siége et l'étendue de la tumeur.

Suivant lui, il y a bien moins de danger à se comporter comme il le conseille, que de laisser le malade avec une opération non terminée.

A la place de M. Huguier, il n'aurait pas hésité à enlever le maxillaire pour extirper la tumeur jusque dans ses derniers prolongements, à moins qu'elle ne pénétrât dans le crâne. Quant à son malade, il est aujourd'hui entièrement guéri; il n'y a pas de paralysie bien appréciable de la face, malgré l'ablation du nerf buccal. Ce fait est donc doublement intéressant au point de vue physiologique et chirurgical.

M. Chassaignac, après avoir examiné la pièce, se sent moins disposé à partager l'opinion de MM. Robert et Maisonneuve. Il croit que, dans cette circonstance, on pouvait atteindre d'autant plus facilement la tumeur que, la cloison des fosses nasales étant notablement déviée, on pouvait, sans l'attaquer, avoir une ouverture suffisamment large pour arriver sûrement sur le pédicule. Il insiste fortement pour qu'on respecte la cloison des fosses nasales.

M. Huguier, en présentant cette pièce, qui a déjà été décrite à une autre époque par M. Forget, a surtout voulu faire voir quels étaient les points précis de son insertion.

Toutefois, notre collègue ne se dissimule pas qu'en suivant son procédé, si un vaisseau important avait été atteint, il eût été fort gêné pour agir aussi profondément.

Il ajoute que, sans vouloir repousser d'une manière absolue le procédé qui a été employé par MM. Robert et Maisonneuve, il faut conserver la voûte palatine jusqu'au dernier moment, et ne se décider à la sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité.

M. Maisonneuve dit que le plus grand avantage de son procédé est surtout de faire disparaître la voûte palatine, qui est le plus grand obstacle à l'action des doigts. Pour lui, leur action est bien supérieure à celle de tous les instruments; aussi, lorsque la voûte est enlevée, non-seulement il peut introduire une main, mais les deux. C'est, du reste, de cette manière qu'il a agi dans le fait dont il a entretenu la Société. Une fois la voûte palatine détachée, il a pu saisir la tumeur avec la main gauche et l'énucléer avec la main droite. L'opération dura cinq minutes. Il n'aurait jamais pu obtenir un résultat semblable en suivant le procédé de MM. Huguier et Chassaignac.

M. Huguier dit que dans les cas de ce genre il y a presque toujours une déformation des cavités et un commencement de disjonction des os; ne pourrait-on pas mettre à profit ce travail morbide, et, après avoir détaché la paroi antérieure du maxillaire, luxer en bas et en dedans la portion palatine de cet os et, une fois l'opération terminée, la refouler à sa place? De la sorte, on éviterait la perte de parties considérables et on se ménagerait un obturateur naturel.

M. Roux ne veut nullement blâmer la conduite de M. Maisonneuve; il avoue cependant qu'il voit avec regret notre collègue sacrifier sans aucune hésitation des parties encore saines et si nécessaires sous beaucoup de rapports. Jamais dans sa longue pratique il n'a été obligé de recourir à une opération aussi complexe; il dit avoir eu affaire souvent à des tumeurs remarquables plutôt par leur densité que par leur volume, et il a pu terminer l'opération avec des pinces très fortes garnies d'aspérités; il ajoute qu'il n'y a pas eu de récidive.

Il craint que dans l'opération de M. Maisonneuve le voile du palais ne soit un peu compromis quant à ses fonctions.

Il ne peut pas non plus voir sans regret un malade perdre la moitié de l'arcade dentaire.

M. Roux termine ses observations par quelques rapprochements sur les autres tumeurs qui naissent du périoste, qui sont généralement très denses et nécessitent l'action d'instruments énergiques.

M. Robert insiste sur la nécessité de bien préciser dans la discussion qu'il ne s'agit pas ici des polypes ordinaires des fosses nasales, mais bien des polypes qui prennent naissance dans le tissu fibreux qui tapisse une partie de la base du crâne et du sommet du pharynx : ces polypes, qui ont une origine toute différente, ont généralement une base d'implantation assez large et la plupart du temps ils renvoient des irradiations multiples. Il faut nécessairement que le chirurgien n'hésite pas à pratiquer une ouverture suffisamment large pour qu'il puisse, sans être gêné, porter les doigts, l'instrument tranchant et au besoin le feu lorsque des hémorrhagies surviennent. Il rappelle le cas du malade de M. Huguier, qui perdit une quantité considérable de sang.

Peut-on maintenant dire à l'avance qu'on modifiera l'opération suivant le besoin? M. Robert ne le pense pas. Suivant lui, tout chirurgien qui s'engage de prime abord dans une mauvaise voie augmente les difficultés de l'opération et expose son malade à des chances fâcheuses. Dans une circonstance semblable, il fut vingt-cinq minutes avant d'avoir terminé; par prudence, il n'avait pas voulu employer le chloroforme.

Comme M. Roux, il regrette la perte de parties encore saines et d'être obligé de recourir à une opération si compliquée; mais il la regarde comme indispensable et comme étant la seule qui permette d'arriver à une solution complète. Il ajoute en terminant que chez son malade, au bout de quelques jours et sans qu'il eût pris la moindre précaution, les lèvres de la plaie du voile du palais étaient réunies.

M. Gerdy est surpris de voir M. Maisonneuve se fonder sur la pièce de M. Huguier pour soutenir la nécessité de son procédé opératoire. Il croit, au contraire, que, si un fait est en faveur de son opinion personnelle, c'est celui qui vient d'être présenté par M. Huguier; aussi préfère-t-il la méthode de ce dernier; si la cloi-

son des fosses nasales le gênait, il en ferait de suite le sacrifice sans craindre aucune suite fâcheuse; quant aux os de la face, il insiste de nouveau pour qu'on les respecte, et se joint à M. Roux pour exprimer des doutes sur la nécessité d'une semblable opération. Il considère le point de départ de ces polypes comme une véritable matrice qui reproduit sans cesse de nouveaux prolongements; l'essentiel est d'arriver sur ce point, peut-on le faire avec l'ouverture conseillée par M. Huguier? Oui, sans aucun doute.

Envisageant ensuite ces polypes sous le rapport de leur pronostic, il cherche à démontrer qu'ils sont loin d'être aussi dangereux qu'on semble le craindre. Quant à lui, jamais il ne les a vus entraîner la mort; à la vérité, il y a quelquefois de graves hémorrhagies; mais, comme on ne connaît pas au juste la vascularité de ces tissus, le point exact d'où vient le sang, il ne faut pas s'exagérer les craintes. Si M. Maisonneuve a pu arracher la tumeur avec ses doigts, à plus forte raison aurait-il pu le faire avec des pinces. Suivre son procédé, c'est s'exposer à mutiler la face, à compromettre les fonctions de la bouche, du voile du palais; en un mot, ce n'est plus seulement l'extraction d'un polype, mais bien l'amputation de l'os maxillaire.

M. Huguier pense que ces tumeurs n'ont de tendance à saigner que dans les points où elles sont en contact avec l'air; le malade qu'il a fait voir à M. Robert perdait à la vérité du sang lorsqu'on touchait à la portion qui était cellulo-vasculaire; mais, lorsque ce tissu fut dépassé, le sang ne s'écoulait plus en nappe : il était fourni par une artériole. D'après lui, les prolongements de ces tumeurs n'ont avec les parties voisines que des adhérences cellulo-vasculaires faibles qui peuvent être détruites facilement. Il croit que M. Gerdy s'exagère un peu les suites de l'opération dans ce qui a trait au voile du palais; comme on peut le ménager, il conserve ainsi toute la tension sans que ses fonctions soient en rien altérées.

Ouvrages adressés à la Société.

Le tome XVI de l'Académie nationale de médecine de Paris.

M. le docteur Broca envoie les ouvrages suivants :

Etudes sur la propagation de l'inflammation, suivies de quelques propositions sur les tumeurs dites cancéreuses;

De l'altération graisseuse primitive des muscles et de son influence sur la production des pieds bots;

Compte-rendu des travaux de la Société anatomique de Paris pour l'année 1850;

Mémoire sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein et de l'aisselle;

Etude sur les doigts et orteils surnuméraires;

Réflexions sur les anomalies artérielles du membre thoracique;

Description de deux anomalies rares des artères de l'avant-bras;

Anatomie pathologique du cancer.

Corps étranger dans la tunique vaginale.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac donne à la Société quelques renseignements sur les deux malades qu'il avait présentés à la dernière séance.

Celui qui avait un corps cartilagineux mobile de la tunique vaginale a été opéré de son hydrocèle par incision, ce qui a permis d'extraire le corps cartilagineux qui offre le volume d'une grosse noisette un peu aplatie sur les côtés. L'examen microscopique de ce corps, fait par M. Follin, a présenté au milieu d'une gangue cartilagineuse deux noyaux parfaitement arrondis, constitués par un amas de cellules épithéliales et de matière calcaire faisant effervescence avec les acides. Astley Cooper et M. Roux n'ont jamais eu dans leur longue pratique l'occasion d'en observer sur le vivant. Astley Cooper les a très bien décrits sur des pièces pathologiques. M. Roux les a plusieurs fois observés sur le cadavre, mais à l'état d'adhérences.

Paralysie du moteur oculaire commun.

Le malade atteint d'une paralysie du moteur oculaire commun sans la paralysie de l'iris, qui existe presque constamment en pareil cas, a été soumis à des instillations de belladone, qui ont déterminé une très belle dilatation de la pupille. Il est prouvé par là que le défaut de dilatation pupillaire ne tenait point à l'existence d'adhérences ou de synéchie postérieure, mais bien à la variété anatomique qui a été indiquée.

Syphilis constitutionnelle grave.

M. Vidal (de Cassis) communique à la Société le fait suivant. Un

homme affecté de syphilis constitutionnelle était soumis depuis un certain temps à un traitement antisyphilitique, lorsque des ulcérations serpigineuses se manifestèrent à la jambe et à la cuisse; ces ulcérations, malgré tous les traitements, prirent un caractère de gravité insolite, elles envahirent la presque totalité du membre. Tout échouait, le malade dépérissait. M. Vidal avait repoussé la proposition de le syphiliser; il eut alors l'idée de panser ces ulcères avec des bandelettes de sparadrap de Vigo. Dès le premier pansement, c'est-à-dire au bout de trois jours, il y avait une amélioration notable. On continua ce mode de traitement, et dans l'espace de vingt et un jours la cicatrisation fut complète. Il y avait six mois que ce malade était à l'hôpital. Pendant ce traitement, des ulcérations mercurielles étaient survenues dans la bouche. M. Vidal se demande si, dans ce cas, l'emplâtre de Vigo n'a pas agi d'une manière générale et locale.

M. Morel-Lavallée, qui a suivi ce malade, fait observer que la cicatrisation n'a pas marché de la circonférence vers le centre ; elle a commencé par des plaques disséminées; la cicatrice est lisse sans aucune rétraction.

M. Roux croit devoir rappeler que, dans les premières années qui suivirent son voyage en Angleterre, il employa aussi le sparadrap de Vigo pour panser des ulcères de mauvaise nature.

M. Gerdy croit qu'on néglige un peu trop la position dans le traitement des ulcères; il ne saurait trop préconiser ce moyen, qu'il a souvent employé avec succès.

M. Maisonneuve ajoute que dans bon nombre de cas il suffit de changer le mode de traitement, de varier l'application des topiques pour obtenir la cicatrisation des plaies anciennes.

M. Vidal (de Cassis) fait observer que le malade dont il vient de parler n'avait pas seulement un ulcère ancien, comme on en voit tous les jours; c'était un ulcère à marche incessante qui avait envahi tout un membre, qui avait résisté à toutes les méthodes curatives, et dont la marche ne fut arrêtée que du jour où le sparadrap de Vigo fut employé. Dès lors, l'état général du malade, qui était des plus graves, s'améliora d'une manière sensible, et la guérison fut des plus promptes. Sous tous ces rapports ce fait lui paraît exceptionnel et digne de l'attention de la Société.

Tumeur fibro-cartilagineuse de la cuisse.

M. Demarquay présente, de la part de M. Denonvilliers, une tumeur fibro-cartilagineuse qui était située à la partie supérieure et interne de la cuisse. Les rapports de cette tumeur avec les vaisseaux étaient tellement intimes, que pendant quelque temps le diagnostic fut incertain; il y avait une apparence de fluctuation qui aurait pu faire croire à une tumeur anévrismale renfermant des caillots. Cette tumeur n'avait aucune adhérence avec les os; les muscles qui l'avoisinaient étaient amincis et modifiés dans leur texture.

M. Lenoir. La tumeur qui vous est présentée par M. Demarquay me paraît être une de ces tumeurs composées que les chirurgiens allemands décrivent sous le nom de *stéatomes*, et que d'autres appellent des *ostéo-stéatomes*; dénomination que je préfère à la première, parce qu'elle n'a pas encore été appliquée en France, comme celle-ci, à désigner une altération pathologique bien définie, et parce que, en raison même de sa double racine, elle donne de suite une idée de la structure des tumeurs auxquelles je la réserve: tumeurs qui, bien que développées dans le tissu cellulaire, sont à la fois successivement formées de substance fibro-graisseuse et de substance ostéo-calcaire.

Ces tumeurs sont assez rares; cependant, dans un travail que je publie en ce moment, et dans lequel je ne me suis occupé que de celles qui, siégeant dans la cavité du bassin, ont pu mettre obstacle à l'accouchement, j'en ai signalé cinq observations, que j'ai empruntées au docteur Pellegrini, à John Burns, à Drew, à M. Gensoul (de Lyon) et au musée Dupuytren.

Dans ces cinq cas, il en est quatre où ces tumeurs étaient adhérentes à un point plus ou moins circonscrit de l'excavation pelvienne, mais dont elles pouvaient être séparées par la dissection. Cette adhérence possible aux os voisins n'est pas sans doute un caractère particulier à toutes ces productions morbides, et tient probablement à l'étroitesse de la cavité dans laquelle celles que j'ai spécialement étudiées avaient pris naissance. Toutefois, je remarque que, dans la pièce qui vous est présentée, la seule portion de celle-ci qui fût ossifiée était voisine de la branche horizontale

du pubis et tendait à s'y implanter ; cependant la tumeur était ici bien évidemment extra-pelvienne.

Le diagnostic des ostéo-stéatomes est difficile à établir pour deux raisons : d'abord parce que leur véritable caractère anatomique n'est le plus souvent susceptible d'être reconnu que par un examen direct de l'intérieur de la tumeur, et ensuite parce qu'ils peuvent se présenter à l'observateur soit à l'état mou et libres dans le tissu cellulaire du bassin, soit à l'état dur et plus ou moins adhérents aux os de cette cavité : double condition de leur existence qui les expose à être confondus, d'une part, avec les exostoses et les cals difformes, et, d'autre part, avec les kystes, les corps fibreux, les squirrhes et autres tumeurs molles qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire ou dans les organes renfermés dans l'excavation. C'est pour arriver à porter un diagnostic, sinon certain, au moins probable, de ces sortes de tumeurs que John Burns a conseillé de les ponctionner avec un trocart, mode d'exploration auquel on a eu recours dans le cas actuellement soumis à l'examen de la Société.

Si je ne craignais de sortir du sujet général de cette présentation, je dirais quelle issue la maladie a eue dans les quatre cas que j'ai recueillis : une fois on a dû faire la céphalotripsie pour délivrer la mère, et la mort a suivi de près cette opération ; une autre fois on a fait l'opération césarienne avec le même résultat ; mais deux fois on a pu, préalablement à l'accouchement, extraire les tumeurs à l'aide de larges incisions faites sur le plancher du bassin, et, dans ces deux cas, ces opérations ont réussi.

Plaie d'arme à feu.

M. Huguier communique le fait suivant : Dans les premiers jours de décembre, un jeune homme reçut un coup de feu derrière le grand trochanter ; le projectile suivit tout le trajet du nerf sciatique et sortit à la partie interne du genou. Ce jeune homme, voyant qu'on allait faire feu, s'était baissé. Le grand trochanter n'a pas été fracturé ; l'ouverture d'entrée était plus grande que celle de sortie ; plusieurs portions de vêtements avaient été entraînées dans la plaie.

Le 19, dans la nuit, il survint une hémorrhagie ; M. Huguier se contenta de pratiquer la compression sur l'artère crurale, et le len-

demain il pratiqua la ligature de la crurale au-dessus de la musculaire profonde. Tout s'est bien passé depuis ; la ligature est tombée le onzième jour.

Le symptôme sur lequel M. Huguier désire fixer l'attention de ses collègues est le suivant :

Dès le lendemain de la blessure, ce jeune homme a été pris de douleurs atroces dans tout le membre blessé ; la sensibilité a été portée à ce point, que le moindre mouvement, le moindre ébranlement le mettaient hors de lui ; il n'y avait pas de paralysie. Tous ces accidents cessèrent en grande partie dans les premiers jours qui suivirent la ligature ; mais depuis quelque temps un nouveau phénomène nerveux s'est manifesté : tout le corps est devenu d'une telle sensibilité que l'idée seule du mouvement met le blessé dans un état nerveux déplorable, il est obligé d'avoir sans cesse à la main une éponge mouillée pour se rafraîchir le visage ; sans cette précaution, les douleurs sont des plus vives.

M. Huguier désire que plusieurs des membres de la Société veuillent bien voir ce malade et l'aider de leurs conseils.

Séance du 10 *mars* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Douleurs dans les membres amputés.

M. Boinet présente un malade auquel il a désarticulé l'avant-bras pour un coup de feu reçu au mois de décembre ; l'opération a réussi, mais aujourd'hui le malade éprouve des douleurs très vives qu'il rapporte aux doigts et à la main qu'il a perdus. Ce fait, rapproché d'un cas exactement semblable qui se trouve actuellement dans le service de M. Malgaigne, semblerait, suivant M. Boinet, démontrer que ces douleurs, dont les amputés se plaignent si souvent, soit à l'extrémité du moignon, soit dans la partie du membre qui est enlevée depuis longtemps, ne sont pas toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des nerfs ou des os, comme on le pense généralement et comme M. le docteur Hutin a voulu le démontrer dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette*

des Hôpitaux, mais bien le résultat de l'inflammation des nerfs. En effet, dans les deux cas qu'il vient de citer, il n'y a eu ni ostéite, ni production de stalactites osseuses. Il n'y a pas eu non plus compression des renflements nerveux, puisqu'aucun appareil prothétique n'a été appliqué; on ne peut donc pas recourir à ces causes pour expliquer la douleur. Chez le malade de M. Malgaigne, outre les douleurs très vives, il est survenu une affection bien grave; des attaques d'épilepsie très fréquentes, qui persistent malgré une nouvelle amputation faite au-dessus du moignon.

M. Larrey croit devoir ajouter quelques mots à ce que vient de dire M. Boinet sur la sensibilité du moignon chez la plupart des amputés. Cette manifestation si fréquente de la douleur a été observée par tous les chirurgiens, et plus particulièrement par quelques chirurgiens militaires. Ceux surtout qui ont été, comme M. Hutin, à même de voir, aux Invalides, un grand nombre d'amputés des différents membres, ont pu se rendre compte des causes et des effets variables de la douleur du moignon.

Tantôt provoquée primitivement par l'opération, la douleur est due à la section, à la compression, à l'inflammation des nerfs; tantôt développée secondairement aux mêmes causes devenues permanentes, ou bien à des adhérences immédiates ou médiates, à des rétractions soit des téguments, soit des tissus fibreux, à l'ostéite, à la périostite ou à l'ostéo-myélite, et quelquefois à la nécrose par suite de la conicité du moignon; cette douleur peut très souvent aussi se manifester sous l'influence du froid humide et des changements de température, ou par des excès et des fatigues de tout genre.

De là, par conséquent, des caractères très différents de la douleur, qui peut offrir toutes les nuances, tous les types, selon le membre amputé, selon les cas qui ont nécessité l'amputation, selon l'époque et le lieu de l'opération, selon la méthode, le procédé, le pansement, selon les accidents primitifs ou consécutifs, selon certaines conditions individuelles, selon enfin quelques influences extérieures.

Luxation congénitale.

M. Ferdinand Martin présente une petite fille de onze ans atteinte d'une double luxation congénitale du fémur. Il demande que

l'état de la malade soit bien constaté, et qu'une commission soit nommée pour suivre le nouveau mode de traitement qu'il va employer. Il se propose de lire plus tard à la Société un travail, dans lequel il a rassemblé plusieurs faits du même genre, et dans lesquels son traitement a été employé avec succès. (MM. Debout, Lenoir, Guersant sont nommés pour suivre le traitement de M. Martin.)

M. Boinet demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et dit que très probablement le malade de M. Huguier avait été blessé sur le trajet d'un nerf, et qu'il existe là, comme dans les deux cas dont il a parlé, une véritable névrite.

M. Huguier a employé pour ce blessé une pommade anesthésique. Cette pommade, composée ainsi :

Axonge.	30 grammes,
Ether chlorhydrique-chloré. . .	5,

n'a eu qu'un effet passager; elle n'agissait qu'au point de contact; au-dessus et au-dessous la douleur était la même. Ce qui lui a encore le mieux réussi, c'est l'humidité.

Tumeur de la cuisse.

M. Denonvilliers ajoute quelques détails pour compléter ce qui a été dit à la dernière séance par M. Demarquay. La malade qu'il a opérée était âgée de 60 ans; la tumeur avait commencé il y a 18 mois. Elle était d'abord du volume d'un œuf de pigeon ; puis, dans les six derniers mois, elle a fait des progrès très rapides ; elle a atteint le volume de la tête d'un enfant de trois ans. Située au milieu des parties molles, au-dessous de l'arcade fémorale, elle était dure à sa circonférence, tandis qu'au centre elle présentait une demi-mollesse assez semblable à la consistance du tissu encéphaloïde cru. Quelques personnes penchaient même pour l'idée d'un kyste rempli de liquide. La tumeur n'était nullement douloureuse ; il n'y avait pas d'engorgement du membre. L'artère fémorale était déviée ; elle semblait contourner la tumeur.

Dans la crainte de la léser, M. Denonvilliers prit la précaution de dessiner son trajet; il fit ensuite une incision médiane suivant le plus grand axe, tout prêt au besoin à la croiser par une seconde pour se donner plus de facilité. Il sortit d'abord de la sérosité sanguinolente, puis des grumeaux ; c'étaient des matières semblables

à celles qu'on rencontre dans les anévrismes. Un doigt ayant été introduit dans la poche, il fut facile de sentir les parois, et en même temps de préciser les rapports de l'artère fémorale accolée à la paroi externe. Une autre gêne, c'était l'adhérence intime de la poche avec le droit interne en dedans, et en dehors avec le couturier. Ce dernier temps de l'opération exigea le plus de soins; le couturier, ayant été coupé transversalement, fut disséqué et rejeté en dehors ainsi que la veine et l'artère.

M. Denonvilliers se souvenait du fait cité par M. Roux, dans lequel l'artère fut ouverte en même temps que l'abcès.

A l'examen de la tumeur qui renfermait des noyaux osseux inégaux, notre collègue s'est demandé si ces inégalités osseuses n'avaient pas pu déchirer quelque vaisseau et causer ainsi un épanchement fibrineux. (M. Lebert, qui a examiné la tumeur, croit qu'il y avait prédominance de l'encondrome et du lipome.) Il regarde le mélange de ces deux produits morbides avec du sang épanché comme un fait très rare.

Candidature.

M. Scrive, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Valenciennes, écrit à M. le président pour obtenir le titre de membre correspondant. A l'appui de sa demande, il envoie deux observations inédites sur des corps étrangers engagés dans nos organes;

De plus, deux brochures, l'une ayant pour titre : *Cours de petite chirurgie en 24 leçons*,

L'autre, *Traité théorique et pratique des plaies d'armes blanches, à l'usage des chirurgiens d'armée.*

(MM. Chassaignac, Larrey, Huguier sont chargés d'examiner ces travaux.)

Accidents par le chloroforme.

M. Robert communique une observation de M. Beyran (de Constantinople). Il s'agit d'accidents très graves survenus après l'emploi du chloroforme pour une amputation de la verge.

L'observation est renvoyée à une commission, composée de MM. Robert, Michon, Debout.

M. Lebert commence la lecture d'un rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes.

Kystes du sinus maxillaire.

M. Giraldès donne lecture de la première partie d'un travail sur les kystes muqueux du sinus maxillaire.

Il pose d'abord, en principe, que l'anatomie, la physiologie et la pathologie du sinus maxillaire sont peu connues. Pour démontrer la vérité de cette proposition, il commence par examiner un point d'anatomie de cette région, le mode de communication du sinus avec les fosses nasales, et dit que l'ouverture qui établit cette communication est unique, qu'elle est placée en haut et en avant du méat moyen, dans l'infundibulum, et que son siége est invariable. Lorsqu'il existe deux ou trois ouvertures, celles-ci sont des perforations pathologiques. Ainsi, toutes les fois qu'on rencontre une ouverture au milieu du méat moyen (ouverture normale des auteurs), cette communication est une perforation.

D'après M. Giraldès, la position de l'ouverture fait disparaître l'idée du cathétérisme du sinus.

La deuxième partie de ce mémoire, que l'auteur regarde comme la plus importante, est destinée à faire connaître des glandes situées dans la membrane muqueuse du sinus; elles peuvent subir des altérations et se transformer en véritables kystes, qui sont les kystes muqueux du sinus.

Ces kystes sont divisés en deux ordres :

1° Suivant qu'ils sont formés par la simple dilatation du tube glandulaire;

2° Suivant que toute la masse glandulaire est dilatée.

Les premiers sont petits, miliaires, quelquefois multiples; les seconds peuvent atteindre le volume d'un marron, et peuvent être également multiples.

Ces tumeurs renferment un liquide blanc, filant, visqueux, souvent chargé de cholestérine; lorsqu'ils sont multiples ou très volumineux, ils distendent le sinus en amincissant les parois.

D'après ces recherches, M Giraldès serait porté à croire que la maladie connue sous le nom d'hydropisie du sinus est constituée par ces kystes muqueux.

Tumeur du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente une tumeur développée dans le maxillaire supérieur gauche chez un homme âgé de soixante ans, qui

sortait du service de M. Lenoir à l'hôpital Necker. Cette tumeur faisait saillie dans la cavité de l'orbite sans y pénétrer ; en avant, elle était très saillante sous la joue ; en bas, elle déprimait la voûte palatine. Bien que le cas fût assez mauvais, comme la maladie marchait rapidement, M. Maisonneuve se décida pour l'opération.

La pièce offre cette particularité, que les os attaqués ont disparu ; on n'en trouve que quelques vestiges méconnaissables. Le rebord alvéolaire est ramolli comme si on l'avait trempé dans un acide. La tumeur n'envoyait de *prolongement ni dans l'orbite*, *ni dans la fosse nasale*, *ni dans la fosse zygomatique*.

M. Maisonneuve termine en disant qu'ayant été obligé de pratiquer une excision très profonde il a coupé le tronc même de la maxillaire interne, ce qui a nécessité une ligature qui ne se pratique pas habituellement.

M. Lebert, qui a examiné la tumeur, pense que c'est du cancer colloïde gélatiniforme à cellules très pâles ; il a dû, pour voir ces cellules, se servir d'uu très fort grossissement.

M. Lenoir. Si je n'ai pas opéré le malade dont notre collègue M. Maisonneuve vient de vous entretenir, ce n'est pas parce que je ne sais pas faire l'opération qui lui a été pratiquée, car j'ai déjà eu occasion de faire six fois cette opération, et la dernière date de quelques jours ; mais c'est parce que j'ai regardé l'altération organique des os de la face dont cet homme était affecté comme au-dessus des ressources de la médecine opératoire. Je demande à la Société la permission de lui donner les raisons qui m'ont engagé à m'abstenir dans ce cas. C'est, selon moi, un sage précepte de chirurgie clinique que celui qui recommande de n'entreprendre l'extirpation du cancer, quels que soient son siége et sa nature, qu'autant qu'avant de l'opérer on a acquis la certitude qu'on pourra l'enlever tout entier, et qu'on ne sera pas forcé de laisser quelques prolongements qui produiraient bientôt la repullulation du mal. C'est ce précepte que vous suivez tous quand vous vous trouvez en présence d'un cancer du sein compliqué d'engorgement des lymphatiques de l'aisselle; vous n'opérez, dans ces cas, que lorsque vous êtes certains de pouvoir enlever, par énucléation, par ligature ou autrement, tous les ganglions suspects ; et trop souvent encore, après les opérations les mieux exécutées, la récidive survient au bout de peu de temps. Ce précepte, je l'ai appliqué au cas en discussion,

et c'est parce que je suis resté dans l'incertitude sur les limites de l'affection, et par conséquent sur la possibilité de l'emporter complétement avec l'instrument tranchant, que j'ai laissé à de plus hardis ou à de plus éclairés le soin de faire l'opération.

Dans le cas présent, comme dans celui que j'avais eu à traiter quelques jours auparavant, l'altération des os était très étendue et très avancée; elle formait une tumeur molle, qui se prolongeait en arrière au delà du voile du palais, qui en haut avait envahi l'os unguis et la moitié de l'ethmoïde en ne s'arrêtant qu'à la voûte du crâne, et qui en avant avait soulevé et aminci la peau de la joue; dans ces conditions d'existence de la maladie est-on jamais sûr avant d'opérer de tout emporter? Je ne le crois pas, et dans ma dernière opération, quoique j'aie poursuivi la tumeur jusque dans l'épaisseur des cellules ethmoïdales en haut et que j'aie détruit avec le fer rouge les prolongements qu'elle envoyait dans la fosse zygomatique, j'ai la triste certitude d'avoir laissé quelque chose dans ces deux points. Le malade opéré par M. Maisonneuve était dans les mêmes conditions cliniques que le mien, et je puis ajouter, après avoir examiné avec soin la pièce anatomique qui est sous vos yeux, que sa tumeur avait les mêmes limites que la mienne et n'a pas été plus complétement enlevée qu'elle, car elle ne présente aucune trace de tissus sains à sa périphérie et notamment dans sa portion orbitaire. Aussi la récidive prompte de la maladie me paraît-elle à craindre. Ce n'est pas le lendemain de leur exécution qu'il faut parler de pareilles opérations; en agissant ainsi, on s'expose à induire les praticiens en erreur sur leurs résultats définitifs. Je prierai donc M. Maisonneuve de nous donner des nouvelles de son opéré dans deux ou trois mois.

M. Maisonneuve répond que les cancers sont si variables qu'on ne sait pas souvent auquel on a affaire; il pense que chez son malade l'affection était bornée au tissu osseux et que, les parties voisines étant saines, il a pu énucléer la tumeur; il ne se fait qu'un reproche, c'est d'avoir enlevé la peau.

Tumeur sanguine de la joue.

M. Lenoir présente à la Société une petite tumeur qu'il a enlevée chez une jeune fille. Cette tumeur était située dans l'épaisseur de la joue; elle avait tout à fait l'aspect que présentent les glandules

hypertrophiées. Huit mois auparavant, la malade avait consulté M. Velpeau, qui avait conseillé l'usage des fondants; comme elle grossissait et qu'elle était déjà du volume d'une aveline, M. Lenoir voulut l'opérer comme un kyste; mais il n'eut pas plutôt fait une ponction qu'il sortit un jet de sang; une incision fut faite, et, après l'ablation de la tumeur, on put constater qu'elle était enkystée et que son tissu offrait la plus grande analogie avec du tissu érectile.

Tumeur fibro-plastique de la hanche.

M. Larrey annonce la guérison du malade dont il a entrenu la Société dans la séance du 21 janvier (*Gazette des Hôpitaux* du 3 février) et qu'il avait opéré pour la seconde fois au Val-de-Grâce d'une tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe.

La récidive, survenue plusieurs mois après la première opération, a offert un développement beaucoup plus considérable et des complications qui n'ont pas eu de suites graves. La cicatrisation s'est même effectuée assez vite et régulièrement. Mais pour prévenir les nouveaux effets de la cause locale qui avait provoqué ou entretenu le développement de la tumeur, un appareil contentif, formé d'une plaque solide et d'une ceinture, comme un bandage herniaire, a été appliqué à demeure sur la cicatrice; celle-ci se trouvera donc préservée des frottements du sabre, c'est-à-dire d'une irritation incessante et peut-être d'une nouvelle récidive.

Séance du 17 *mars* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Commotion cérébrale.

M. Chassaignac lit un rapport sur un travail de M. Fano, intitulé: *Recherches historiques, cliniques et expérimentales pour servir à l'histoire de la commotion du cerveau.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° Une violence extérieure exercée sur le crâne peut déterminer des effets variables en raison de l'intensité même de la cause contondante.

2° Lorsque la mort survient instantanément ou quelques minutes après l'action de l'agent vulnérant, on trouve constamment dans l'encéphale une lésion que nos expériences nous ont apprise; à savoir, une hémorrhagie autour du bulbe rachidien, c'est-à-dire autour du point central du système nerveux.

3° Lorsque la mort survient à une époque plus reculée, on peut encore rencontrer les mêmes lésions, ou bien on trouve dans l'intérieur de l'encéphale de petits foyers sanguins qui ne sont rien autre chose qu'une contusion de la substance cérébrale.

4° Lorsque la violence extérieure exercée sur la tête ne produit qu'une perte passagère des fonctions sensoriales et locomotives, on ne rencontre dans la substance encéphalique qu'une sorte de congestion, c'est-à-dire un engorgement des vaisseaux de l'encéphale, caractérisé par la présence d'un nombre considérable de gouttelettes sanguines.

5° Comme conséquence de ces quatre propositions, il résulte que l'état morbide que l'on désigne sous le nom de commotion du cerveau est une pure création de l'esprit, et qu'en physiologie pathologique il faut admettre que les signes de la commotion sont ceux des épanchements sanguins ou de la contusion du cerveau.

Le rapport de M. Chassaignac se termine par les conclusions suivantes :

1° La doctrine de Littre sur le tassement de la substance cérébrale dans la commotion n'est pas démontrée.

2° La doctrine qui attribue les phénomènes de la commotion grave soit à une contusion diffuse, soit à un épanchement sanguin à la base, ne possède qu'un nombre de faits trop restreint pour permettre jusqu'à ce moment aucune conclusion définitive.

3° Désormais l'attention des observateurs devra s'arrêter d'une manière particulière sur deux points à éclaircir dans l'autopsie des sujets qui succombent après avoir offert les symptômes de commotion : 1° Y a-t-il des traces de contusion diffuse; 2° y a-t-il quelque épanchement sanguin à la base de l'encéphale, et principalement au contact du bulbe?

M. Demarquay dit que l'idée d'assimiler la commotion cérébrale à la contusion fibrillaire n'appartient pas à Blandin. Ce fut lui, au contraire, qui, frappé des nombreuses ecchymoses qui existaient

dans le cerveau d'un individu mort avec des symptômes de compression lui en fit la remarque.

M. Larrey fait observer que l'on ne saurait attribuer à Blandin l'idée première qui établit une sorte de similitude entre la commotion et la contusion cérébrales. Si contestable que paraisse cette opinion, elle a été émise d'une manière formelle par Bichat (1), qui faisait consister essentiellement l'effet primitif de la commotion en une contusion générale du cerveau ébranlé dans sa masse contre les parois du crâne.

M. Larrey rappelle ensuite que des expériences ingénieuses ont été faites par M. Gama (2), dans le but d'étudier les phénomènes de la commotion cérébrale. L'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce se servait, à cet effet, d'un matras ou globe de verre rempli d'ichthyocolle, à travers laquelle passaient des fils dirigés dans différents sens, et indiquant la direction des ébranlements de la matière gélatiniforme par diverses percussions du vase. Mais ces expériences ont été appréciées sans doute par M. Fano, dans son mémoire, et par M. le rapporteur; c'est pourquoi il suffira de les indiquer ici.

M. Robert croit que M. Fano a trop souvent fait consister les effets de la commotion dans la compression résultant d'épanchements sanguins au niveau du bulbe rachidien. Il insiste d'autant plus sur cette remarque, qu'il n'y a pas la moindre ressemblance entre les symptômes dus à la commotion et ceux qui sont causés par des épanchements.

Sous ce rapport M. Fano est dans l'erreur; il y a des exemples de commotion générale de la moelle, dans lesquels après la mort on n'a découvert aucune lésion. A l'appui de son opinion, il dit avoir observé un individu affecté de paraplégie à la suite d'une chute; la fièvre se manifesta le quatrième jour, la paralysie gagna promptement, et au bout de quelques jours la mort survint. Comme on s'attendait à trouver de grands désordres, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et on ne put découvrir la moindre lésion. Il est possible qu'il y ait eu là une lésion de nature à échapper à nos sens; mais les soins les plus minutieux ne purent rien faire

(1) *Œuvres chirurgicales de Desault.* Mémoire sur les plaies de tête.

(2) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite.*

apercevoir. Jusqu'à présent les expériences de M. Fano sont loin de prouver que les lésions qu'il a rencontrées sont essentiellement propres à la commotion. Desault avait dit aussi que la commotion était une commotion généralisée ; mais rien jusqu'à présent ne démontre qu'il y ait une lésion matérielle dans la commotion.

M. Boinet croit devoir rappeler que jamais Sanson n'a confondu la commotion avec la contusion; jamais elle n'a été pour lui le premier degré de ce second accident.

M. Michon pense qu'il faut modifier les termes de la première proposition, celle qui a trait à Littre : Tant que nous ne connaîtrons pas mieux la structure normale et les altérations cadavériques du cerveau, nous ne pourrons pas formuler des conclusions aussi précises. La question qui se traite aujourd'hui est essentiellement clinique; vouloir assimiler la commotion à la contusion, ce serait rétrograder et ne tenir aucun compte des efforts et des observations qui ont été faits par un grand nombre de chirurgiens. Il suffit d'examiner ce qui se passe chez les blessés pour prouver qu'il n'y a aucune analogie entre la commotion et la contusion. Très fréquemment on voit des individus succomber à une commotion, tandis que d'autres survivent à des contusions considérables de la substance cérébrale.

M. Chassaignac croit qu'on ne se compromet pas beaucoup en n'adoptant pas les idées de Littre.

M. Demarquay revenant sur ce point qu'il croit que les petits foyers sanguins qu'on trouve disséminés dans la substance cérébrale sont le fait de la commotion, M. Michon lui répond que pour tout le monde il est bien établi que ces altérations dépendent de la contusion.

M. Denonvilliers pense qu'il ne faudrait qu'un seul fait bien observé pour donner à la doctrine de Littre toute sa valeur. Il y a, outre l'altération matérielle qui n'a pas encore été démontrée d'une manière bien nette, une complexité de lésions qui sera toujours l'objet de bien des doutes. L'observation de Littre, malgré toutes ses imperfections, doit rester dans la science.

Ce qui prouverait la possibilité de ce fait, c'est qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards le cerveau revenu sur lui-même. Dans les faits de Littre et de Sabatier, on a dit que peut-être on n'avait pas tenu assez compte de la perte du liquide céphalo-ra-

chidien échappé pendant l'ouverture du crâne ; c'est possible, mais ce n'est pas une raison pour repousser entièrement l'idée de Littre. Les expériences de M. Fano ne pouvaient pas être bonnes ; il n'y a pas de parité de conditions entre l'homme et les animaux, vu la masse cérébrale. Il faudrait ensuite, pour avoir des expériences concluantes, s'entourer de grandes précautions, surtout pour amener une mort instantanée ; du moment que la vie se prolonge de quelques minutes, il y a déjà des phénomènes de réaction. Peut-être vaudrait-il mieux regarder ce problème comme insoluble, à cause des complications qui existent presque constamment. Il termine en disant qu'il a cité dans le *Compendium* un fait qui présente beaucoup d'analogie avec celui de Littre. Le malade survécut trois quarts d'heure ; de sorte que la réaction très vive qui suivit l'accident empêche déjà de regarder ce fait comme bien concluant.

M. Chassaignac reproche à l'observation de Littre d'être trop vague ; tant que l'on n'aura pas démontré d'une manière exacte les altérations qui sont le fait de la commotion seule, il faut s'abstenir. De ce que la commotion soit beaucoup plus difficile à constater dans ses lésions que la contusion, ce n'est pas un motif pour abandonner les expériences ; seulement il faut les faire autrement que M. Fano, qui cassait la tête à ses animaux et produisait nécessairement des contusions cérébrales. En prenant des précautions convenables, il est possible d'étourdir les animaux, de porter l'étourdissement aussi loin que possible, et une fois cet effet obtenu, en ouvrant de suite la poitrine, on pourra examiner ensuite dans quel état se trouve le cerveau.

M. Gerdy est de l'avis de M. Chassaignac sur la possibilité de produire des commotions sans contusions. Il ajoute que, pour bien se rendre compte de la commotion, il faut l'étudier dans ses divers degrés ; de là la division en groupes, qui peuvent monter jusqu'à cinq et plus.

Dans le premier degré, la commotion ne porte que faiblement et instantanément sur les sens ; de là les vertiges, les éblouissements, les troubles dans la vue.

A un second degré, lorsque, par suite d'un coup de poing sur la tête, la commotion est plus forte, la musculation est atteinte, l'individu frappé chancelle, tombe et se relève bientôt ; il y a eu sidé-

ration : ce fait s'observe fréquemment à la chasse sur les animaux blessés.

Dans les deux premiers degrés, l'intelligence avait été conservée; dans le troisième, il n'en est plus de même ; lorsque le coup a été plus fort, l'individu frappé ne commande plus à ses mouvements; il ouvre les yeux, se relève ; mais, pendant quelques instants, il n'est pas en état de se diriger. Supposez l'ébranlement plus marqué : la fonction de la connaissance est perdue pour plusieurs heures, plusieurs jours ; ce n'est que sous l'influence des émissions sanguines que cet état se dissipe. Enfin, dans le dernier degré, ce n'est plus seulement un ébranlement qui pourra se dissiper à la longue : l'individu est assommé sur le coup ; dans ce cas, il est probable qu'il y a une lésion matérielle, mais jusqu'à ce jour elle a échappé à nos moyens d'investigation.

Il est possible de faire des expériences pour saisir sur le fait cette action mécanique qui permet à l'organe de revenir immédiatement à son premier état.

Serait-il maintenant possible de bien préciser où est la limite de la commotion? Quelle sera ensuite l'utilité d'apprécier ce trouble matériel ? Ce sont là deux questions à résoudre.

M. Chassaignac est heureux de voir son opinion partagée par M. Gerdy; il ajoute que chez des malades qui, à la suite d'une commotion violente, ont perdu l'usage de l'ouïe pendant plusieurs mois, il y a eu là un désordre plus que momentané.

M. Denonvilliers voudrait que dans les expériences on atteignît le dernier degré, la mort instantanée, et c'est là, il le répète, une chose beaucoup plus difficile à faire qu'on ne le pense pour y arriver sans produire de complications.

Correspondance.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Seutin, qui accuse réception du diplôme de membre correspondant.

Séance du 24 mars 1852.

Présidence de M. Larrey.

M. Chassaignac présente deux malades atteintes, l'une de fistule lacrymale, l'autre de fracture spontanée de l'humérus.

Fistule lacrymale.

La première malade offre un exemple de cette variété de fistules lacrymales qui ne peuvent guérir que par l'autoplastie. L'incurabilité de ces fistules par d'autres moyens que par l'autoplastie est d'autant plus regrettable qu'elles sont quelquefois, et c'est précisément ce qui a lieu dans le cas particulier, constituées par un pertuis à peine visible, d'où suinte de temps à autre une gouttelette de liquide d'une transparence parfaite. Ce qui caractérise ces fistules, c'est, d'un côté, la perte de substance des téguments, et, d'autre part, l'excessif amincissement des tissus qui forment la marge de la fistule, ainsi que leur adhérence aux tissus osseux. Chez cette femme, l'adhérence aux os n'est pas douteuse ; on la reconnaît à la dépression profonde de l'orifice fistuleux, à son immobilité absolue pendant les mouvements qu'on imprime aux téguments circonvoisins, et enfin au contact presque immédiat d'une surface osseuse quand on presse sur l'orifice fistuleux.

Fracture spontanée de l'humérus.

La seconde malade est une femme de vingt-huit ans, chez laquelle est survenue une fracture spontanée de l'humérus droit dans la période de dessiccation d'une variole confluente. Au moment où la malade s'appuyait sur son lit, l'humérus s'est fracturé à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur. Les deux tiers inférieurs présentaient, au moment où l'on examina la fracture, un accroissement de moitié dans les diamètres de l'os. Celui-ci était excessivement douloureux à la pression. Un appareil à attelles est appliqué. Quelques jours après un abcès considérable se forma à la partie supérieure et interne du bras. Toutes ces circonstances n'empêchent pas la consolidation de s'effectuer, et aujourd'hui elle paraît complète.

L'impossibilité où l'on s'est trouvé de rattacher cette fracture aux causes ordinaires des fractures spontanées, à savoir : les bydatides, le cancer, l'ostéomalaxie, les affections syphilitiques des os, les tubercules, etc., a conduit à penser que l'influence de l'infection varioleuse n'y était point étrangère. Ce serait alors un fait à peu près unique dans la science ; car nous n'avons pas vu que la variole ait jamais été considérée comme cause de fracture.

Suivant la remarque de M. Marjolin, il y a eu chez cette malade des abcès multiples à la suite de cette variole.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Fragments historiques et médicaux sur l'hôtel national des Invalides ;* par M. le docteur Hutin, chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides,

2° Une lettre du même, à l'occasion du compte-rendu de la dernière séance.

Douleurs des amputés.

« Monsieur le président,

» Le compte-rendu de la séance du 10 de ce mois de la Société de chirurgie, que je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de ce jour, contient une erreur de M. le docteur Boinet qu'il m'importe de rectifier.

» Notre honorable confrère croit que j'ai voulu démontrer, dans un travail publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*, que les douleurs des amputés sont toujours le résultat d'altérations pathologiques de l'extrémité des os ou des nerfs. Telle n'a jamais été ma pensée.

» Le travail dont il est ici question est le résumé d'une lecture que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie le 4 novembre dernier. Mon mémoire a été renvoyé à une commission dont M. le professeur Bérard est le rapporteur. Rien, dans ce mémoire, ne justifie le dire de M. Boinet. Lorsque M. le rapporteur rendra compte de ce modeste travail, on pourra s'en convaincre. Il y est établi, au contraire, que je reconnais différentes causes de douleurs, et M. le professeur Larrey les a déduites dans ce qu'il a ajouté à la communication de M. Boinet.

» Dès le commencement de mon travail, j'ai reconnu que certaines douleurs sont dues à la névrite, à l'artérite, à la névrose, à l'ostéomyélite, etc. Ce ne sont pas celles-là, ai-je dit, qui sont le sujet de mon mémoire. Celles dont je m'occupe sont tout à fait distinctes des précédentes.

» S'il m'était permis d'entrer dans de plus grands détails, notre

estimable confrère verrait qu'il n'a pas tout à fait saisi le sens de mes paroles ; mais le rapport de M. Bérard n'étant pas encore fait, je dois me tenir dans les termes d'une entière réserve. Je puis cependant rappeler encore ici le passage du compte-rendu inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« Je me crois donc autorisé à regarder ces lésions (des nerfs et » des os) comme des causes très prochaines du mal, sans dire » qu'elles soient les seules. »

» Je tiens trop à l'opinion de MM. les membres de la Société pour ne pas vous prier, monsieur le président, de rectifier ce que M. le docteur Boinet, trompé lui-même par une fausse appréciation, aurait pu laisser d'incertain sur des opinions qui seraient par trop exclusives, et par conséquent erronées ; et je prie mon très estimé confrère de croire, au contraire, que je reconnais comme lui que beaucoup de douleurs, chez les amputés, tiennent à d'autres causes que celles auxquelles il a fait allusion.

» Agréez, etc. *Le chirurgien en chef des Invalides*,

» HUTIN. »

M. BOINET. Je pensais n'avoir pas commis d'erreur pour ce qui regarde l'opinion de notre honorable confrère M. Hutin sur les douleurs des amputés, puisque, dans la *Gazette des Hôpitaux*, où se trouve le compte-rendu du mémoire de M. Hutin sur ce sujet, il n'est nullement question de l'inflammation des nerfs comme cause des douleurs chez les amputés; et c'est ce que j'ai dit. M. le docteur Hutin écrit qu'il a consigné cette cause dans son mémoire; je n'en doute pas ; mais comme ce mémoire n'est pas encore publié, et qu'il nous est inconnu, je ne pouvais par conséquent le citer, et ne pouvais parler que de ce qui avait été publié : ce qui d'ailleurs m'engageait encore à m'exprimer d'une manière aussi positive, et à me faire croire que notre confrère pouvait bien n'avoir pas admis cette cause, c'est que tous nos auteurs modernes n'en disent mot, pas plus nos dictionnaires que nos ouvrages de chirurgie; et comme dans les cas que je montrais à la Société je ne trouvais aucune des causes signalées par tous les chirurgiens, et que cependant il existait des douleurs atroces, j'en concluais, et avec raison je crois, que la cause la plus fréquente des douleurs chez les amputés est surtout la névrite.

— M. Chassaignac communique à la Société deux procédés opératoires qu'il a récemment mis eu pratique à l'hôpital St-Antoine.

Tumeurs sous-cutanées mobiles.

Le premier, qui a pour objet l'ablation des tumeurs sous-cutanées mobiles, comprend deux temps :

1° Une incision dans laquelle on ne doit diviser que la peau sans intéresser les parois du kyste, ce qui exige parfois des précautions particulières, comme l'introduction d'une sonde cannelée à travers une ponction préalablement faite sur un des côtés de la tumeur ;

2° La formatiou d'un pédicule à la tumeur. Pour constituer ce pédicule, dans les cas où la tumeur est sessile, une pince à polypes ou tout autre instrument à baguettes saisit la tumeur de manière à la détacher des parties profondes. On passe ensuite en deçà de la pince un cordonnet de soie un peu gros, auquel on fait former un nœud simple, sur les deux chefs duquel on exerce un forte traction qui devient très promptement expulsive de la tumeur ; expulsion qui a lieu sans arrachement brusque, mais par la méthode *à tergo*.

Deux malades portant, l'un un kyste sébacé de la face, l'autre un kyste mélicérique du cuir chevelu, ont été soumis à ce mode opératoire, qui a très bien réussi comme exécution immédiate.

Déviations de la sous-cloison nasale.

L'autre procédé est relatif aux déviations du bord inférieur du cartilage de la cloison nasale dans le point correspondant à ce qu'on appelle la sous-cloison du nez. Cette déviation consiste en ce qu'au lieu de se terminer par un bord rectiligne, le cartilage se recourbe de manière à former dans l'une des narines une sorte de bec cartilagineux.

Dans un premier temps on divise longitudinalement la peau de la sous-cloison, et l'on arrive jusqu'au cartilage.

Le second temps consiste à décoller la muqueuse qui recouvre le bec cartilagineux. Celui-ci mis à découvert est réséqué. Après quoi on réunit la petite plaie par trois points de suture entrecoupée.

M. Guersant demande si le moyen proposé par M. Chassaignac a l'avantage de prévenir les érysipèles, qui sont si fréquemment la

suite des opérations de ce genre; car, suivant lui, ce sont là les accidents qu'il faudrait tâcher de prévenir, et toutes les recherches doivent tendre vers ce but.

Cancroïde de la face.

M. Robert lit un rapport sur un travail de M. le professeur Sédillot, intitulé :

Cancroïde datant de vingt-deux ans. Destruction de la totalité de la lèvre supérieure, de l'aile gauche du nez, de la moitié de la cloison sous-nasale du quart de l'aile droite du nez, d'une portion de la joue gauche, et de toute la paroi antérieure de l'arcade dentaire supérieure. Cheiloplastie par mon procédé à double lambeau de la méthode indienne. Résection partielle du maxillaire supérieur. Guérison.

Les conclusions de la commission sont les suivantes :

1° Renvoi du travail de M. Sédillot au comité de publication :

2° L'admission de M. Sédillot comme membre correspondant.

M. Chassaignac demande dans quel état étaient les dents incisives avant l'opération, et ce qui s'est passé depuis. Dans un cas analogue, à la suite d'une gangrène qui avait détruit une partie des lèvres et des joues, il a vu les dents incisives entièrement découvertes; elles n'étaient plus enchâssées que par la partie profonde, toute la racine en avant était à nu; malgré cette dénudation, elles se sont conservées.

M. Larrey cite un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Chassaignac.

Un soldat du train des équipages, nommé Dupuy, entré au service en 1846, et malade au Val-de-Grâce depuis trois ans, a offert successivement divers symptômes de la diathèse scrofuleuse la plus caractérisée : engorgement spontané des ganglions cervicaux, abcès froids multiples, ulcérations fistuleuses de la tête, de la poitrine et des membres; otorrhée double, et enfin estyomène de la face fixé à la lèvre supérieure, qui a été peu à peu envahie, rongée, détruite en totalité. L'ulcération profonde, après avoir dénudé l'arcade alvéolaire dans toute l'étendue correspondante, en a détaché les dents incisives et canines, en même temps qu'elle a emporté la sous-cloison nasale et perforé la voûte palatine. Cette affection grave n'a rien offert dans ses antécédents ni dans ses symptômes qui

pût s'appliquer soit au cancer, soit à la syphilis. Tous les traitements réputés les plus rationnels ont été successivement essayés, mais en vain, et les conditions tant générales que locales ne permettent pas même de tenter la cheiloplastie.

La discussion sur le travail de M. Sédillot étant terminée, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. On procède ensuite à l'élection.

M. le président annonce que M. Sédillot est nommé membre correspondant à l'unanimité.

Névromes.

M. Lebert termine la lecture de son rapport sur le travail de M. Houel sur les névromes. Ce rapport, qu'on pourrait presque regarder comme une monographie sur les névromes, comprend, outre l'historique de tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur cette matière, des rapprochements qui prouvent combien il y a de variétés de symptômes dans ce genre d'affection. M. Lebert a, en outre, cherché à rendre compte de la pathogénie du névrome.

En terminant son rapport, M. Lebert propose au nom de la commission :

1° Le renvoi du travail de M. Houel au comité de publication ;

2° L'admission de M. Houel comme membre de la Société.

M. Giraldès aurait désiré que M. Lebert ne fît pas entrer dans son rapport un cadre symptomatologique, par la raison que les éléments que la science possède aujourd'hui sont incomplets et même inexacts.

C'est ainsi que, d'après quelques-unes des observations citées dans le rapport, il attribue la paralysie des membres inférieurs à la présence de névromes dans les racines des nerfs rachidiens. Or dans une des observations, celle de M. Serres, toutes les racines des nerfs rachidiens étaient le siége d'un ou plusieurs névromes, et cependant aucune modification dans les fonctions de la sensibilité et de la musculation n'avait été observée pendant la vie. Ce malade étant mort d'une fièvre typhoïde à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Piedagnel, il a été facile de se procurer des renseignements précis. Lorsque l'observation du malade de M. Serres fut communiquée à l'Académie des sciences, la dissection n'était pas terminée et les renseignements n'étaient pas encore réunis. Dans

cet état, l'observation laissait donc beaucoup de lacunes à combler.

M. Giraldès termine sa remarque en disant que, de tous les cas connus, celui de M. Serres est peut-être le plus intéressant. En effet, chez ce malade il y avait des névromes dans le grand sympathique, dans les nerfs des mouvements, dans ceux affectés à la sensibilité générale; les nerfs cutanés et les rameaux musculaires contenaient également de ces tumeurs.

M. Maisonneuve demande si M. Giraldès a publié l'observation, car il est d'une grande importance qu'elle soit bien connue.

Tumeur fibreuse sessile intra-utérine enlevée peu de temps après un accouchement.

Il y a peu de temps, M. Huguier, en montrant à la Société la tumeur qu'il avait enlevée le matin, avait donné quelques détails, se réservant de les compléter; aujourd'hui il présente l'utérus de cette malade et communique en même temps l'observation.

Le 10 février est entrée à l'hôpital Beaujon une nommée Hontémely (Louise-Joséphine), âgée de vingt-six ans, lingère, d'une faible constitution. Cette femme est accouchée, il y a onze ans, d'un enfant qui est aujourd'hui bien portant.

Depuis quatre ans environ, elle éprouve des tiraillements incommodes dans le bas-ventre et se plaint de pesanteurs à la partie supérieure des cuisses; ses règles pendant tout ce temps restent régulières; mais, au milieu de leur écoulement, la malade constate qu'elles s'arrêtent quelquefois tout à coup; puis, après un intervalle plus ou moins long, soit à l'occasion d'une marche forcée ou d'une station verticale trop prolongée, elle sent tomber des organes sexuels une masse plus ou moins considérable de sang coagulé. Malgré ces troubles des fonctions des organes sexuels, la malade devint enceinte; après sept mois environ de grossesse, elle éprouva les douleurs de l'enfantement; alors elle entra à la Maternité pour y accoucher. Le fœtus dont elle accoucha paraissait avoir cinq mois; ce fut au moins l'avis des sages-femmes qui l'accouchèrent et de MM. Danyau et Dubois, qui lui prodiguèrent leurs soins, quoique la malade certifiât qu'elle était enceinte de près de sept mois : cette assertion de sa part est basée sur les faits qu'elle allègue. Elle assure même qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels de-

puis cette époque; de plus, elle se rappelle qu'un mois environ avant d'entrer à la Maternité, en portant un fardeau (paquet de linge), elle éprouva une douleur assez vive dans le bas-ventre, ce qui lui fit supposer qu'elle s'était blessée. A partir de ce moment, elle sentit comme un corps inerte ballotter dans l'abdomen. Les seins et le ventre s'affaissèrent, et la malade se plaignit jusqu'à son entrée à l'hôpital d'un malaise continuel.

L'accouchement eut lieu le 25 janvier; la malade éprouva de très grandes douleurs; cependant les sages-femmes de la Maternité la délivrèrent sans grandes difficultés.

MM. Dubois et Danyau, après avoir vu la malade, reconnurent la tumeur et en précisèrent le siége.

Le lendemain de l'accouchement, la malade fut prise de diarrhée et sortit sur sa demande de la Maternité huit jours après avoir été délivrée. Elle resta quelques jours chez elle, puis enfin elle se présenta dans nos salles le 10 février.

La physionomie est profondément altérée; le pouls est petit, fréquent; la langue fuligineuse et sèche; elle nous fait part de quelques-uns de ses antécédents, qui mettent sur la voie du diagnostic porté à la Maternité; de plus, elle répand autour d'elle une forte odeur gangréneuse.

Comme la malade n'a pu uriner depuis fort longtemps et qu'elle présente à la région hypogastrique une tumeur résistante assez régulière, on commence par la sonder pour parer aux accidents de la rétention et aussi pour offrir un champ plus libre à l'exploration des parties génitales.

En explorant le vagin, on découvre une tumeur énorme qui comprime d'arrière en avant le canal de l'urètre; ainsi se trouvent expliquées la douleur dans la miction et la difficulté de cette fonction. Cette tumeur empêche le doigt explorateur d'arriver au cul-de-sac vagino-utérin en avant et sur le côté; cependant, en portant la main dans le vagin, le doigt explorateur peut pénétrer dans le col utérin entre la paroi postérieure de ce col et la base de la tumeur. C'était par cet orifice que l'accouchement s'était fait.

Quelle était la nature de cette tumeur?

M. Huguier reconnut qu'il n'avait point affaire à un débris de placenta; il faut dire que le diagnostic de MM. Dubois et Danyau l'avait aidé dans cette circonstance.

Il procéda le matin même à l'ablation des parties ramollies et gangrenées de la portion inférieure de la tumeur; il eût même enlevé la totalité de la masse s'il eût eu les instruments nécessaires; le soir, à cinq heures, il acheva l'opération.

La mollesse de la tumeur, sa composition formée de petites tumeurs secondaires séparées les unes des autres par du tissu cellulaire enflammé, ramolli, firent que le chirurgien ne put attirer au dehors toute la masse de la tumeur; afin d'en couper la base, il se vit dans la nécessité de la morceler pour l'enlever.

La tumeur fut totalement détachée après avoir été divisée en huit fragments. On reconnut alors que sa base s'insérait sur toute la face utérine de la paroi antérieure du col et sur les côtés, qu'elle présentait nn diamètre de 8 centimètres environ et une circonférence de 24 centimètres.

On ne vit point survenir d'hémorrhagie ni pendant ni après l'opération; jusqu'au soir, le pouls reste à 120 pulsations; état subcomateux, douleurs dans le côté droit.

Le 11 février, la malade est tranquille; 64 pulsations; les douleurs dans le côté droit ont disparu.

Le 12, vers le soir, le pouls monte à 110 pulsations; les joues sont colorées; légère insomnie pendant la nuit.

Le 13, frissons avec claquements de dents; insensibilité du ventre, 99 pulsations.

Le 14, apparition d'un érysipèle à la partie externe et supérieure de la cuisse droite; le pouls est à 82 pulsations; insensibilité du ventre.

Le 15, l'érysipèle augmente; 84 pulsations; le ventre un peu sensible.

Le 16, l'érysipèle semble gagner le flanc droit; 96 pulsations; le ventre redevient insensible.

Le 17, frissons légers pendant le jour, diarrhée la nuit; 92 pulsations.

Le 18, la malade a la langue molle; elle répond gaîment aux questions qu'on lui adresse; le pouls est à 64 pulsations; l'érysipèle s'avance du flanc droit vers le dos; il s'écoule par le col utérin une certaine quantité de pus crémeux, jaunâtre, épais; l'utérus est remonté à sa position normale; le col est assez élevé : on peut introduire le doigt dans sa cavité; on ne sent plus aucune trace de

la tumeur; on ne peut même pas préciser quel était le siége de son insertion.

Le 19, la malade est bien; son ventre n'est pas ballonné, son pouls présente 70 pulsations; le pus qui s'écoule des organes génitaux fait venir de légères excoriations à la partie supérieure des cuisses.

Le 20, la malade est dans le même état que le jour précédent; la paroi postérieure du vagin est rouge; le pus s'écoule toujours des organes génitaux.

Le 21, le mieux continue.

Le 22, frissons dans la journée; deux vomissements bilieux; 76 pulsations pendant le jour, 100 pulsations le soir.

Le 23, le ventre est un peu douloureux à la pression; frissons pendant le jour à deux reprises différentes.

Le 24, l'érysipèle a gagné le dos; légers frissons pendant le jour; la respiration est accélérée; le pouls est petit et fréquent.

Le 25, vomissements opiniâtres pendant la nuit; respiration difficile, pouls à 100 pulsations. Le ventre n'est pas douloureux; la malade se plaint de son érysipèle du dos, qui commence à gagner la partie postérieure du cou; application d'un vésicatoire sur l'épigastre, frictions avec l'onguent napolitain sur toutes les parties envahies par l'inflammation.

Le 26, affaissement de la malade; l'érysipèle a gagné le cuir chevelu; râle sous-crépitant du poumon droit; l'auscultation ne découvre rien dans le poumon gauche. La respiration est accélérée; le pouls est petit, filiforme.

Le 27, légers frissons pendant le jour; deux vomissements bilieux; la respiration est restée très accélérée; de plus, la malade se plaint de légères douleurs dans la poitrine du côté du poumon droit; le ventre n'est point douloureux; diarrhée fréquente. Le diascordium est donné à l'intérieur et le laudanum en lavement.

Le 28, les joues se colorent; elles commencent à être envahies par l'érysipèle, qui a fait le tour du cuir chevelu; la malade présente un peu de délire vers le soir, délire fugace qui ne l'empêche pas de répondre aux questions qu'on lui adresse; mais bientôt si on cesse l'interrogation le délire recommence. La respiration de la malade devient très difficile; la langue, qui pendant tout le temps qui a suivi l'opération était redevenue molle, com-

mence à se sécher de nouveau ; le ventre n'est pas douloureux ; la diarrhée continue.

Le 29, l'affaissement de la malade est extrême ; la diarrhée est fort abondante, le pouls petit, filiforme.

Le 1er mars, la malade se plaint de douleurs à la partie postérieure du bassin ; l'examen y fait découvrir derrière le sacrum une eschare assez étendue.

Le 2, l'état de la malade est à peu près le même que le jour précédent ; la diarrhée est fort abondante. Continuation du diascordium et du sirop de coing. Le sirop de coing est remplacé par la tisane de bistorte et de ratanhia ; la respiration est extrêmement gênée. Application de la pommade stibiée au dos et sur le côté droit.

Le 4, tous les symptômes vont en augmentant. Affaissement considérable de la malade ; respiration excessivement pénible. L'érysipèle a complétement envahi la face ; l'escarre du sacrum s'est agrandie, la langue est fuligineuse et sèche. La malade peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse.

Le 5 et le 6, tout cet ensemble de symptômes s'exagère encore, et la malade meurt le 7 mars.

Autopsie. — Après avoir soulevé la paroi antérieure de l'abdomen, on ne découvre pas la moindre trace de péritonite. Le grand épiploon est libre ; il tenait cependant un peu du côté droit par son bord inférieur à la trompe droite, comme nous le verrons tout à l'heure. L'intestin grêle est libre aussi. Si on soulève la masse intestinale de l'intestin grêle de bas en haut et de gauche à droite, on aperçoit le rectum et l'os iliaque, qui sont libres et sans adhérence ; cette même masse intestinale étant portée en haut et à gauche, on voit le cul-de-sac du cœcum adhérent à la trompe et à l'ovaire droit. Ces deux derniers organes se trouvent dans la fosse iliaque correspondante et non dans l'excavation pelvienne. L'ovaire, du reste, ne présente rien de remarquable ; la trompe, au contraire, est légèrement enflammée ; nous avons dit qu'elle était adhérente à la partie droite du bord inférieur du grand épiploon.

Dans l'excavation pelvienne, on voit un peu de sérosité extrêmement transparente. La partie droite du fond et de la face postérieure de l'utérus adhère au péritoine par de petites adhérences immédiates, courtes et faciles à rompre ; ces adhérences déchirées

et l'utérus soulevé en avant et en haut, on trouve à droite du rectum, immédiatement au-dessous de ces adhérences, une cuillerée à café de pus concret qui occupe un espace limité entre un pouce de haut et un tiers de pouce de large sur la face postérieure de l'utérus. L'utérus est détaché avec la portion supérieure du vagin ; on trouve alors que le tissu cellulaire du ligament large droit est épaissi et infiltré.

Le péritoine de la face antérieure de l'utérus est d'un blanc mat et plus épais qu'à son état normal. Le tissu de l'utérus est ramolli, d'un gris jaunâtre ; on y remarque à peine quelques très petits vaisseaux exsangues. La cavité du col de l'utérus, revenue sur elle-même, laisse passer le petit doigt ; elle renferme une certaine quantité de mucus épais, filant, d'un gris jaunâtre. Il n'existe aucune lésion appréciable dans cette région de la cavité utérine.

A deux ou trois millimètres au-dessus de l'orifice cervico-utérin, qui offre les mêmes dimensions que la cavité du col, on trouve dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus une dépression, de forme circulaire, ayant 8 millimètres de profondeur et 15 millimètres de diamètre ; le fond est d'un gris jaunâtre ; les bords, la surface, aussi bien que les parties qui supportent cette ulcération digitiforme, offrent la même consistance que le tissu propre de l'utérus. Cette sorte d'ulcération ou trace d'insertion anticipe légèrement sur le bord gauche de la cavité de l'utérus ; sa profondeur s'explique par le retrait de l'organe. Les couches externes de la substance de l'utérus ayant été détruites lors de l'extirpation de la tumeur, toute la racine avait été ainsi suivie jusque dans l'épaisseur de la substance du tissu propre de l'utérus. Cet organe, tant dans son épaisseur que dans sa surface et autour de l'ulcération, ne présente aucune trace d'inflammation.

On examine alors les autres viscères, et on trouve à la surface du poumon droit, en avant, trois petits abcès métastatiques déposés entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale ; leur diamètre est à peu près égal, il est d'un centimètre et demi. Le pus renfermé dans ces abcès est blanc-jaunâtre, concret. A la base du même poumon droit, on trouve un abcès considérable placé entre le diaphragme et cette base, et qui soulève le poumon de bas en haut. Le tissu pulmonaire qui environne cet abcès est grisâtre, infiltré de pus et comme induré ; puis, au-dessus, le tissu pulmonaire a

repris sa consistance physiologique. La plèvre qui enveloppe le diaphragme est, au niveau de l'abcès, considérablement épaissie. La quantité de ce pus peut être évaluée à la quantité de liquide que contiendrait un verre ordinaire ; ce pus est assez concret et jaunâtre. En incisant ce poumon d'arrière en avant, on trouve dans son épaisseur deux petits abcès métastatiques environnés d'une couche de tissu pulmonaire rouge et induré. Le poumon du côté gauche, le foie, la rate, les reins, le cerveau, un grand nombre d'articulations sont ensuite examinés sans qu'on puisse y découvrir la moindre trace d'abcès métastatique.

M. Huguier, après avoir terminé la lecture de son observation, croit devoir insister sur quelques points qui peuvent intéresser la médecine légale. Comment se fait-il que le fœtus n'ait paru âgé que de cinq mois, lorsqu'au dire de la malade la grossesse remontait à sept mois ? Il croit que dans ce cas le fœtus avait succombé longtemps avant l'accouchement, et qu'il n'avait subi aucune altération. A l'appui de cette opinion, il cite ce qu'il a observé dans plusieurs cas de grossesse extra-utérine et sur ce qui se passe lorsqu'on met les substances animales à l'abri du contact de l'air. Il se demande aussi si un accident moral ou physique ne peut pas amener un arrêt de développement chez le fœtus.

Ancienne blessure de la vessie par arme à feu.

M. Huguier présente à la Société la vessie d'un homme entré dans son service pour un catarrhe de vessie, et à l'autopsie duquel on trouva une lésion fort curieuse de la vessie.

Cet homme, dont la constitution était très affaiblie, était âgé de soixante-cinq ans. En 1813, à la bataille de Leipsick, il reçut une balle qui, pénétrant par la cuisse gauche, à un pouce et demi au-dessous de l'arcade crurale et à un pouce en dehors du bord interne de la cuisse, ressortit par la fesse droite, à un pouce et demi en dehors du sacrum.

Chasseau urinait parfaitement bien avant sa blessure ; mais aussitôt après, l'urine s'écoula par les deux ouvertures de la plaie. Peu à peu les fistules tarirent, et au bout de deux mois l'urine avait repris son cours normal. Néanmoins, depuis cette époque il y eut une incontinence d'urine ; le jet était petit et la miction douloureuse. Vers le mois de mai 1851, ayant éprouvé des coliques et

des élancements dans le bas-ventre, il fut soigné par M. Boyer, qui employa pendant quelque temps les bougies à demeure. An mois de septembre de la même année, étant entré à Beaujon pour les mêmes accidents, M. Huguier pratiqua le cathétérisme, et ne trouva aucun rétrécissement ; seulement il remarqua qu'il y avait une légère déviation du canal à droite vers la prostate. Comme les douleurs étaient très vives au niveau des reins et dans le bas-ventre, on appliqua successivement des cautères à la région hypogastrique et à la région lombaire ; en outre, on fit prendre au malade des bains simples et des bains sulfureux.

Au commencement de janvier 1852, il y avait un peu d'amélioration ; mais cet état dura peu. Bientôt la cystite redoubla, le malade s'affaiblit ; à une bronchite assez intense vinrent se joindre des frissons, une fièvre lente. Dans le but de combattre ces derniers symptômes, M. Huguier recourut à l'emploi du quinquina, du sulfate de quinine ; mais tous les moyens employés échouèrent : les symptômes s'aggravèrent, les membres s'œdématièrent, la respiration devint de plus en plus difficile, et le malade succomba le 17 mars 1852.

A l'autopsie, en incisant sur la cicatrice extérieure, on reconnut que la balle avait dû passer en dedans des vaisseaux cruraux ; du reste, nulle trace de son trajet dans les parties molles. L'examen le plus attentif des os du bassin ne permet de constater aucun désordre. La balle aurait donc traversé seulement les parties molles en passant par le trou obturateur et l'échancrure sciatique. La vessie présentait une disposition très singulière ; elle était munie d'une poche supplémentaire, assez étendue, communiquant avec le réservoir principal par un orifiee ayant à peine un centimètre de diamètre. Comme capacité, cette poche est presque l'égale de la vessie. L'orifice de communication est à la partie postérieure et inférieure gauche de la vessie. La prostate était volumineuse, indurée ; le lobe gauche était surtout plus volumineux, ce qui explique la déviation de la sonde à droite. Les vésicules séminales étaient atrophiées et indurées.

Le reste de l'autopsie n'a pu être pratiqué.

L'examen de la pièce anatomique a fait voir qu'en avant et surtout en arrière de la poche accessoire il existe des fibres musculaires qui semblent se continuer avec celles de la vessie ; qu'elles vont

en s'épanouissant et en se raréfiant de plus en plus, de telle sorte qu'elles ont complétement disparu à 4 ou 5 centimètres du trou de communication.

Cet orifice est situé sur la face latérale gauche, à 2 centimètres et demi au-dessus et en dehors de l'ouverture de l'uretère gauche. La membrane muqueuse de la vessie, en pénétrant dans ce diverticulum, ne présente rien à noter, si ce n'est un peu plus de rougeur. A l'intérieur, le col de la vessie est tout à fait sain.

En ouvrant l'urètre par sa face supérieure, on note :

1° Une saillie transversale du bord postérieur de ce conduit, saillie épaisse d'un centimètre, et formant, d'un côté de l'urètre, un relief presque à pic, de près d'un centimètre et demi, par rapport à la paroi postérieure de l'urètre, relief disposé de manière à former à peu près un angle droit avec cette paroi.

En rapprochant les deux lèvres de l'incision pratiquée pour examiner le col vésical, on voit évidemment que, lorsque l'urine tendait à s'échapper, le bord postérieur ainsi tuméfié était poussé vers le bord antérieur et ne laissait échapper l'urine qu'avec difficulté.

2° La région prostatique est peu élargie, et le lobe gauche de la prostate, un peu plus volumineux que le droit, imprime au canal une légère déviation à droite.

3° La portion membraneuse est saine.

4° Dans la région la plus reculée du bulbe se trouve une cicatrice blauc-nacré, à fibres transversales, annonçant évidemment l'existence d'un rétrécissement dilaté.

Cette cicatrice a 1 centimètre d'avant en arrière; au-devant du rétrécissement l'urètre a une coloration plus rouge que partout ailleurs dans une étendue de 4 centimètres.

— M. Maisonneuve présente à la Société une pièce anatomique provenant d'une malade à laquelle il a pratiqué la ligature de l'artère vertébrale gauche au niveau de la sixième vertèhre cervicale.

Cette opération a été faite pour arrêter une hémorrhagie consécutive à une blessure par arme à feu. Elle a réussi en ce sens que l'hémorrhagie a été parfaitement arrêtée, que les fils de la ligature sont tombés au bout de dix jours sans qu'elle se soit reproduite, et que l'oblitération complète et solide a eu lieu tant dans le bout supérieur que dans le bout inférieur par la formation d'un caillot de plusieurs centimètres de longueur.

Le malade a succombé un mois après l'accident, vingt et un jours après la ligature. La mort a été le résultat de la nécrose d'une portion de la sixième vertèbre cervicale, nécrose due à la blessure par arme à feu.

Séance du 3 *avril* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sédillot, adressée au président de la Société à l'occasion de sa nomination ;

2° Une brochure de M. le docteur Le Roy-d'Etiolles, sur les avantages des bougies tortillées et crochues dans les rétrécissements de l'urètre;

3° La thèse de M. Piachaud, sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité.

Ulcération perforante de la vessie.

M. Vidal communique à la Société l'observation suivante :

Un porteur d'eau âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, entra dans son service pour une rétention d'urine. L'élève interne qui le sonda la première fois employa une petite sonde en gomme élastique et sans mandrin. Comme le méat urinaire était rétréci par un chancre induré, M. Vidal fut obligé de la débrider. Très peu de temps après, cette plaie s'inocula. Jusqu'ici rien d'extraordinaire ne s'était fait remarquer, lorsque, le lendemain de l'entrée du malade, des symptômes généraux très graves se manifestèrent, le ventre devint tendu, douloureux; aucun traitement ne put enrayer la marche des symptômes, et la mort survint le sixième jour.

A l'autopsie, on découvrit dans la vessie, à droite de son corps, une ulcération du diamètre d'une pièce de 25 centimes. Au fond de cette ulcération sont trois petites ouvertures, qui permettent à l'urine de s'épancher dans le tissu cellulaire environnant. Dans le bas-fond et au pourtour de l'ulcération, on trouve çà et là de pe-

tites élevures, dures comme des concrétions calcaires, offrant beaucoup d'analogie avec les concrétions artérielles.

Quelles sont maintenant les causes qui ont amené cette perforation? Plusieurs hypothèses se présentent.

1° On peut supposer l'action, soit directe, soit prolongée, de la sonde. Mais, outre que le cathétérisme avait été fait avec beaucoup de soin, avec une sonde en gomme dépourvue de mandrin, jamais la sonde n'a été laissée à demeure.

2° Chez un sujet où l'inoculation était très facile, on peut supposer que la première sonde a pu porter directement du pus du méat jusque sur les parties latérales de la vessie; ce serait alors ce pus inoculable qui aurait donné naissance à un chancre perforant.

3° Ne serait-il pas possible enfin que ces concrétions calcaires, qui sont assez nombreuses dans le voisinage de la perforation, n'aient pas permis à la vessie de se dilater également? de là une rupture analogue à celle qu'on observe dans les vaisseaux artériels qui ont subi la dégénérescence calcaire.

Amputations partielles et mixtes du pied.

M. Verneuil présente à la Société de chirurgie deux moignons d'amputations anciennement pratiquées, l'une dans la continuité du métatarse, l'autre dans l'articulation tibio-tarsienne. Il joint à la première pièce une observation prise sur le vivant, et relative à une amputation partielle du pied pratiquée pour une lésion traumatique et par le procédé de M. Baudens.

Ces deux dernières opérations suggèrent à l'auteur des réflexions sur les amputations partielles en général, et en particulier sur les opérations mixtes, c'est-à-dire moitié dans la continuité, moitié dans la contiguïté.

Une amputation étant jugée nécessaire, faut-il encore toujours suivre les procédés réguliers de Chopart, de Lisfranc, ou pratiquer la désarticulation tibio-tarsienne? ou bien enfin peut-on, d'après le conseil donné par A. Cooper et Mayor, de Lausanne, considérer le pied comme un tout indivis, et pratiquer la section à tous les niveaux sans tenir compte des interlignes articulaires?

Pour juger cette question en l'absence des faits, il faut tenir compte des résultats immédiats de l'opération et des suites ultérieures relatives à la station et à la marche.

Les principes généraux qui peuvent guider en pareil cas peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Conserver l'un des bords du pied, certaines apophyses qui jouent dans le mécanisme de la station un rôle important; par exemple, une portion du premier métatarsien, le premier cunéiforme, ou le scaphoïde, ou la tubérosité du cinquième métatarsien;

2° Ménager autant que possible les points d'insertion des muscles péroniers et leurs gaînes synoviales pour prévenir les déviations consécutives du moignon et la propagation de l'inflammation;

3° Eviter néanmoins de conserver des saillies osseuses qu'on ne pourrait recouvrir avec les téguments; la présence de ces saillies peut gêner la cicatrisation, causer des accidents primitifs ou consécutifs graves et rendre l'opération inutile;

4° Se préoccuper essentiellement du siége ultérieur de la cicatrice, rejeter le plus possible les procédés à lambeaux dorsal : des moignons, irréprochables en apparence, peuvent n'être d'aucun usage;

5° Enfin, conserver le plus de longueur possible à la partie antérieure du pied; ce principe est fondamental, et les deux observations citées en font ressortir toute la valeur. Dans ces deux cas, en effet, où tout le tarse et une partie du métatarse existaient encore, la station était très solide, la progression facile et sans douleur.

Le talon n'était nullement dévié.

En résumé, M. Verneuil adopte le principe des amputations mixtes; il insiste surtout sur la grande supériorité de l'amputation dans la continuité du métatarse.

Il termine en conseillant l'application de l'irrigation continue aux amputations du pied et pense qu'il faut restreindre le plus souvent les amputations partielles aux cas traumatiques et à un petit nombre de lésions organiques (nécrose, exostose, etc., etc.). Le principe de conserver la plus grande longueur possible du membre est souvent funeste dans les cas d'ostéites, de caries, de cancer, etc., etc., en exposant à des récidives presque certaines et souvent très rapides.

Dans une autre communication, M. Verneuil présentera quelques réflexions sur la désarticulation du pied.

Une commission, composée de MM. Gosselin, Lenoir, Robert, est chargée d'examiner ce travail.

Après cette lecture, M. le président communique le résultat du scrutin pour la nomination de M. Houel. M. Houel, ayant obtenu la majorité, est nommé membre de la Société de chirurgie.

Fistule vésico-vaginale.

M. Maisonneuve présente à la Société les organes génitaux d'une femme à laquelle il a pratiqué l'année dernière plusieurs opérations dans le but de la guérir d'une fistule vésico-vaginale des plus compliquées et chez laquelle il a fini par oblitérer complétement la vulve.

Voici en peu de mots l'exposé de ces diverses opérations :

Dans une première tentative faite au mois de février 1851, en présence de MM. Michon et Nélaton, et dont on trouve la relation dans la *Gazette des Hôpitaux*, il disséqua la vessie dans tout son pourtour de manière à la détacher 1° du col utérin, 2° de la symphyse pubienne, 3° enfin des parties latérales du vagin, de sorte que l'organe ne semblait tenir que par le péritoine et les vaisseaux vésicaux. Cette large dissection fut facilitée par une incision préalable, qui, partant du fond du vagin, divisait le périnée dans toute sa profondeur, contournait ensuite l'anus sans l'intéresser et se prolongeait jusque dans l'échancrure sciatique.

Après cette dissection, il lui fut facile d'aviver les bords de la fistule et de les rapprocher au moyen de la suture.

Pendant huit jours, l'opération parut devoir être couronnée de succès; mais bientôt il se forma un petit pertuis, qui s'agrandit peu à peu, de sorte qu'au bout de six semaines la fistule était devenue presque aussi considérable qu'auparavant. Ne sachant à quoi attribuer cet insuccès survenu si tardivement, il crut à quelque circonstance insolite et résolut de recommencer l'opération avec plus de soin que la première fois.

Cette seconde tentative eut lieu dans le courant du mois d'avril; elle fut pratiquée d'après le même plan que la première fois; seulement l'expérience qu'il avait acquise lui permit de l'exécuter avec plus de précision et de promptitude; la réunion fut l'objet de tous ses soins et fut d'une exactitude rigoureuse.

Au sixième jour, lorsque les fils furent enlevés, tout était parfaitement soudé et la réunion parut certaine jusqu'au quinzième jour; mais, à dater de ce moment, les urines commencèrent à suinter,

la cicatrice se déchira peu à peu et six semaines après la fistule était reproduite.

Dès lors, M. Maisonneuve resta convaincu que cette reproduction de la fistule n'était plus un simple accident, mais bien une conséquence nécessaire des tractions exercées sur la cicatrice par le tissu inodulaire placé à la périphérie; la méthode opératoire était donc radicalement vicieuse. Il tenta alors un autre moyen. Ayant remarqué que la vulve était notablement rétrécie par suite des sutures précédentes, il songea à la possibilité d'appliquer un obturateur en forme de pessaire : à cet effet, il en fit construire un en caoutchouc qui remplissait bien toutes les indications; mais la malade ne le supporta que très impatiemment et préféra se soumettre à une nouvelle opération.

Rebuté par tant de difficultés, M. Maisonneuve résolut d'oblitérer complétement l'orifice vulvaire; mais un obstacle spécial se présentait; l'urètre était détruit, il fallait trouver un moyen de retenir les urines, tout en permettant leur expulsion volontaire. Ayant par des observations antérieures acquis l'expérience que l'urine pouvait sans inconvénient être portée et retenue dans le rectum, il proposa à la malade d'ouvrir une communication entre cet intestin et le vagin transformé en vessie supplémentaire. Mais dans l'exécution de ce projet, il rencontra de graves difficultés et précisément dans la partie de l'opération où il les avait le moins soupçonnées. En effet, il parvint facilement à oblitérer la vulve d'une manière solide, résultat que plusieurs chirurgiens avaient regardé comme impossible, tandis qu'il ne put jamais obtenir la permanence de la fistule recto-vaginale. Constamment, malgré l'étendue de l'incision et l'introduction d'une sonde, le diamètre de la fistule diminuait. Désespérant alors de pouvoir conserver cette fistule, il songea en dernier lieu à en faire une au périnée à l'aide d'un trocart, croyant qu'au moyen d'une sonde à demeure il parviendrait ainsi à établir un urètre artificiel.

Malheureusement cette opération, qui semblait la plus simple comme exécution et la moins dangereuse dans ses suites, fut suivie d'accidents très graves. Trois jours après cette dernière tentative, la malade fut prise de frissons et succomba avec tous les symptômes d'une infection purulente.

Sur la pièce présentée par M. Maisonneuve, on voit que la vulve

-est oblitérée; on remarque les vestiges de la fistule vésico-vaginale, les restes de la fistule vagino-rectale et enfin les traces de la dernière opération.

M. Michon considère l'observation de M. Maisonneuve comme étant d'une très grande importance pour l'histoire des fistules vésico-vaginales. Il est du nombre de ceux qui avaient pensé qu'on ne pouvait pas obtenir une oblitération permanente de la vulve dans ces lésions. C'est l'opinion qu'il a soutenue dans une thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire. M. Maisonneuve a obtenu une oblitération complète; mais il est à remarquer que ce n'est pas tout à fait l'opération de M. Vidal qu'il a pratiquée, qu'il n'a pas conservé d'urètre et que c'est en produisant une fistule urinaire par le rectum qu'il a obtenu l'oblitération de la vulve : c'est une fistule substituée à une autre. Les difficultés en tant qu'opération ne sont plus les mêmes que dans l'opération de M. Vidal.

M. Maisonneuve a vu la réunion, qui lui avait donné les plus grandes espérances, se détruire alors qu'elle était presque achevée et qu'il ne restait plus qu'un pertuis peu considérable ; il attribue la cause de cette destruction de la cicatrice à la force rétractile, au retrait sur lui-même du décollement qu'il avait fait autour de la vessie pour amener les lèvres de la fistule au contact.

Sans nier l'action de cette cause, M. Michon pense qu'il y en a une autre dont M. Maisonneuve ne tient pas assez compte. M. Maisonneuve appelle cicatrice ce qui pour M. Michon ne mérite pas ce nom. La cicatrice entraîne l'idée d'un travail organique achevé ; celui dont a parlé M. Maisonneuve n'en est pour ainsi dire que le moyen préparatoire. Or il n'y a rien de certain dans l'existence et la durée de ce premier temps. Tous les chirurgiens savent que ces apparences de réunion se détruisent, se décollent avec la plus grande facilité, alors que des phénomènes de suppuration existent ou se développent dans un point des parties rapprochées ; c'est ce qu'on voit malheureusement trop souvent dans ces plaies très étendues qu'on a réunies. Un pertuis qui suppure, et surtout qui est en contact permanent avec l'urine, est dans les conditions les plus propres à produire cette désunion. La même remarque s'applique aux plaies très étendues, dont les lèvres minces ne sont maintenues que par un commencement de cicatrisation. La malade de M. Maisonneuve présentait ces conditions défavorables. La dernière opération,

qui a entraîné la perte de la malade, ne paraît pas de prime abord aussi peu grave à M. Michon qu'à M. Maisonneuve. La ponction pratiquée pour établir une fistule au périnée met en contact avec l'urine des tissus assez épais ; elle expose à l'infiltration et à l'intoxication urineuse avec d'autant plus d'énergie que l'urine s'écoule plus difficilement par une ouverture étroite des parties molles. Tout le monde sait que , dans la taille , un large débridement est un moyen de prévenir cet accident.

En résumé , le fait communiqué par M. Maisonneuve présente une grande importance et mérite d'être conservé par la Société ; il témoigne de la grande habileté et aussi de la hardiesse du chirurgien. C'est pour les chirurgiens une observation à consulter ; ils pourront y puiser des enseignements de plus d'un genre.

M. Vidal , après avoir témoigné combien le fait semble intéressant, fait voir que l'idée de l'oblitération de la vulve n'est pas sans utilité. On a prétendu , dit-il , qu'après l'élitroplastie on pouvait mettre de côté l'oblitération de la vulve ; cependant vous venez d'entendre la lecture d'un fait qui prouve qu'après avoir vu échouer tous les procédés les plus ingénieux il a fallu en venir enfin à l'oblitération de la vulve. La malade qu'il avait opérée autrefois avait conservé une assez notable étendue de l'urètre ; il en profita. Il fallait remédier à une large perforation de la vessie ; il ne vit d'autre moyen de réussir que d'oblitérer la vulve : c'est pourquoi il en pratiqua la sutore. Combien de temps dura la suture ? Six jours. La malade , pendant ce temps , put retenir ses urines près de six heures ; à la même époque elle eut ses règles : tout se passait pour le mieux. Bérard jeune la vit dans cet état, qui pouvait faire naître l'espoir d'une guérison ; mais une rétention d'urine étant survenue, l'élève de service fut obligé d'introduire une sonde. Que s'est-il passé ? C'est ce que M. Vidal ignore ; seulement il y eut désunion des lèvres de la plaie, et l'oblitération temporaire cessa. Cependant, quelque courte qu'elle eût été, elle pouvait répondre aux objections de ceux qui disaient : « Si vous laissez accumuler l'urine , elle ira non-seulement dans le vagin , mais dans l'utérus et même dans le péritoine. » L'occlusion a duré six jours , et pendant ce temps aucun accident n'a eu lieu.

M. Chassaignac demande à M. Maisonneuve s'il a employé l'instrument de Dupuytren pour la grenouillette? Peut-être, à l'aide de

ce moyen, aurait-il pu maintenir l'onverture de la communication recto-vaginale.

Il ajoute que la dernière ponction ne lui paraît pas avoir toute la gravité qu'on lui prête, et à ce sujet il entre dans les considérations suivantes : Lorsque, à la suite du cathétérisme simple, on voit survenir des accidents très promptement mortels, c'est qu'il existe d'autres affections graves des reins. A l'appui de son assertion, il dit que, lorsqu'il remplaçait M. Lenoir à l'hôpital Necker, il a vu, en très peu de temps, succomber un malade qui n'avait été sondé qu'une seule fois ; à l'autopsie, il trouva une dégénérescence cancéreuse d'un rein. Le cathétérisme n'avait donc été là qu'une cause occasionnelle.

M. Maisonneuve répond qne, dans l'état actuel, la science n'est pas très avancée sur ce point; on ne connaît pas encore bien quelle cst la canse réelle des accideuts qui surviennent après un cathétérisme bien fait. Quant à lui, il a, dans ces cas, constamment trouvé des abcès dans la substance corticale des reins; l'introduction de la sonde faite avec le plus de soin possible peut, suivant lui, déterminer des accidents inflammatoires très graves qui se propagent jusqu'aux reins. Il faut, dit-il, faire justicc, en pareille circonstance, dc ccs prétendus accès de fièvre intermittente.

M. Lenoir, après avoir fait ressortir toute l'importance de la communication de M. Maisonncuve, lui demande si la malade dont il vient de parler n'avait pas été déjà, à une autre époque, le sujet d'une communication devant la Société. Arrivant ensuite au procédé opératoire, il croit que c'est le même qu'il avait conseillé, dans un cas analogue, à Bérard jeune, qui avait reculé, dans la crainte d'une fistule urinaire.

Pour sa part, il a tenté deux fois l'oblitération du vagin dans des cas extrêmes, avec cette différence que l'urètre existait; et voici ce qu'il a observé : c'est que l'urine venant toujours distendre le point qui doit être le siége de la cicatrice, celle-ci ne peut se faire.

M. Maisonneuve répond qu'à aucune époque il n'a entretenu la Société de cette malade. M. Lenoir confond sans doute avec d'autres cas. Quant au procédé opératoire, il ne veut en aucune façon en réclamer la priorité.

M. Roux croit également que dans l'oblitération de la vulve le plus grand obstacle à surmonter, c'est l'urine. Pour lui, bien qu'il

n'ait jamais entrepris cette opération, il croit d'autant plus à sa possibilité, qu'on a toujours dû ménager une ouverture et ne point faire un cloaque. Une autre cause qui lui fait espérer la réussite de l'opération, ce sont les rapports qui existent entre elles et la périnéoraphie. Pour lui, qui est arrivé à sa dix-neuvième, ce sont deux opérations qui présentent beaucoup d'analogies.

M. GOSSELIN demande à M. Maisonneuve 1° si après la première opération il fallait sonder la malade, ou si elle urinait elle-même ; 2° si la malade avait de la diarrhée par suite du passage de l'urine dans le rectum : c'était un des inconvénients que Bérard redoutait; 3° comment la malade allait à la garde-robe.

M. MAISONNEUVE termine en disant : 1° que l'urine coulait toujours; 2° que tantôt il y avait de la diarrhée, tantôt pas ; que les craintes de Bérard n'étaient peut-être pas aussi fondées qu'on peut le croire, et à l'appui de cette opinion il cite le malade qu'il a présenté à l'Académie et qu'il avait opéré par la méthode rectale pure; malgré la persistance d'une fistule vésico-rectale, il n'y avait point de diarrhée; 3° les garde-robes chez cette malade étaient régulières.

Serre-nœud. — Spéculum oris. — Dilatateur de la trachée.

M. CHASSAIGNAC présente : 1° un serre-nœud à crémaillère dans lequel le fil qui constitue la ligature est représenté par une chaîne métallique. Cet instrument, qui est d'une extrême simplicité et d'un usage très commode, n'est que le perfectionnement d'un petit appareil déjà construit par M. Charrière, et que M. Chassaignac présente à la Société sous le nom de *ligature métallique articulée*. Le principe de construction de cet appareil peut s'appliquer avec de très grands avantages à tous les cas dans lesquels on est accoutumé à employer les serre-nœuds ordinaires. Ainsi, moyennant une modification très simple, et qui consiste à enrouler la ligature articulée sur un treuil mis en mouvement par une tige placée à l'intérieur de la canule, on peut appliquer cet instrument aux polypes du nez, à ceux du pharynx et à ceux de l'utérus. Cet appareil, au moyen d'une combinaison très simple, qui consistait à interposer certains corps plus ou moins formés, de volume et de formes variés, peut encore devenir un des meilleurs compresseurs de la chirurgie.

2° Le second instrument est un spéculum de la bouche constitué par une large spatule, sur la face convexe de laquelle s'élève par un mécanisme de bascule un anneau qui se place de champ dans le sens transversal, et maintient la bouche largement ouverte.

Quand l'instrument est présenté dans la bouche, l'anneau est couché à plat sur la face convexe de la spatule buccale, et par un simple mouvement de pression sur le manche de l'instrument, l'anneau prend tout à coup la direction verticale transversalement perpendiculaire à la longueur de la spatule. Une fois que l'instrument est ainsi placé, la rangée dentaire s'oppose à son expulsion et à son déplacement, quels que soient les efforts et l'indocilité du malade.

3° Le troisième instrument est un dilatateur de la trachée dans l'opération de la trachéotomie. Il ressemble à un cathéter urétral percé au niveau de sa courbure de deux fenêtres latérales, à travers lesquelles se déploie de chaque côté une tige élastique analogue au ressort de la sonde de Belloc.

Séance du 14 *avril* 1852.

Présidence de M. Larrey.

M. Larrey offre à la Société un mémoire de l'un de ses honorables collègues du service de santé de l'armée, M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, où il est mort récemment. Ce travail, accompagné de planches, est extrait du tome XVI des *Mémoires de l'Académie de médecine*, et a pour titre : *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès.*

Correspondance.

La Société reçoit les ouvrages suivants de M. Jarjavay :

1° *De l'influence des efforts sur la production des maladies chirurgicales;*

2° *Mémoire sur les fongus du testicule;*

3° *Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus;*

4° *Des aponévroses du périnée, plus spécialement chez la femme;*

5° *Etude sur l'articulation phalangienne du pouce et la luxation du dernier os de ce doigt;*

6° *Des fractures des articulations.*

Opération césarienne.

M. HUGUIER communique l'observation suivante :

Il y a peu de jours, il fut prié par M. le docteur Legroux de voir une femme couchée dans son service, salle Sainte-Hélène.

Cette femme, qui était âgée de trente-huit ans, était enceinte pour la première fois, et présentait plusieurs déformations du système osseux.

Questionnée sur ses antécédents, elle répondit qu'elle avait perdu son père à trente-huit ans, et sa mère à quarante-neuf ans. Ni l'un, ni l'autre, ni aucun des membres de sa famille ne présentait de traces d'affection racbitique. Ce serait à l'époque de la dentition qu'elle aurait commencé à se nouer. A part un peu de gêne dans la respiration et quelques rhumes, sa santé a toujours été bonne ; jamais elle n'a été obligée de s'aliter.

Jusqu'au neuvième mois sa grossesse avait marché régulièrement. Depuis quinze jours quelques douleurs se sont manifestées, mais sans beaucoup de continuité.

Lorsque M. Huguier l'examina, il remarqua que le vice de conformation portait plutôt sur le détroit supérieur que sur le détroit inférieur, qui était assez bien conformé. Les contractions utérines étaient vives, mais aucune dilatation du col ne s'opérait. Le toucher, pratiqué le 29 mars, dénota que le col était très élevé, qu'il était dur et tout au plus dilaté comme une pièce d'un franc. On crut sentir le cuir chevelu.

Pendant la nuit, les contractions utérines redoublèrent sans que le col se prêtât en rien.

Comme il fallait prendre une résolution, M. Huguier consulta ses deux collègues, MM. Legroux et Robert. La symphyséotomie fut repoussée, ainsi que la céphalotripsie; on insista pour l'opération césarienne, à cause de la position élevée du fœtus.

Ce dernier avis ayant prévalu, M. Huguier se décida à pratiquer l'opération césarienne le 30 mars, quarante-huit heures après le travail commencé.

La malade fut préalablement soumise à l'action du chloroforme. Rien d'extraordinaire à signaler dans le premier temps de l'opération. Le peu d'épaisseur des parois fit arriver de suite l'opérateur sur l'utérus.

L'enfant était dans la position occipito-cotyloïdienne droite. Les pieds furent amenés, le cordon coupé et la délivrance terminée facilement.

Malgré tous les soins de M. Robert, qui assistait M. Huguier dans cette opération, une assez grande quantité d'anses intestinales s'échappa; on la réduisit; mais en même temps on s'aperçut qu'une assez notable portion de l'intestin grêle s'était engagée dans la cavité utérine; cette portion fut retirée et replacée à droite, puis les parois abdominales furent réunies par une suture enchevillée.

A propos de cette dernière circonstance, M. Huguier se demande ce qui aurait pu arriver si l'utérus était revenu sur lui-même en resserrant une portion d'intestin. Pendant l'opération, la malade perdit fort peu de sang. Dans les premières heures qui suivirent, il y eut quelques nausées sans vomissements. Le pouls resta à 104 jusqu'à quatre heures.

Vers cinq heures, la peau est chaude, le visage coloré; il y a de la sueur. Dans la soirée, le pouls monta à 124; la malade ne souffrait pas; comme elle n'avait pas uriné, elle fut sondée. Dans la prévision d'accidents, des frictions mercurielles furent faites sur l'abdomen, et on appliqua des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le deuxième jour, la malade fut tourmentée par une soif vive, de l'insomnie : M. Legroux administre l'extrait thébaique à la dose de 20 centigrammes dans une potion.

Le 2 avril, troisième jour, faiblesse générale, langue humide, hoquets continuels; sensibilité du ventre, principalement au niveau de la plaie; pouls petit, 142 pulsations. Froid des extrémités, respiration anxieuse, constipation opiniâtre.

On cherche à ranimer les forces et à provoquer des évacuations alvines.

L'état de la malade empire, et elle succombe le quatrième jour avec tous les symptômes d'une péritonite aiguë.

A l'ouverture, on trouve l'abdomen fortement distendu par des gaz. Les intestins sont rouges, granuleux et réunis dans le voisi-

nage de l'incision par de fausses membranes; le péritoine, qui tapisse la paroi abdominale, participe à cette inflammation. La cavité péritonéale renferme une grande quantité de sérosité purulente.

L'utérus est un peu revenu sur lui-même; mais les lèvres de l'incision ne semblent avoir subi aucun travail de cicatrisation.

Le bassin, dénudé de ses parties molles, présente au diamètre supérieur les dimensions suivantes :

Diamètre sacro-pubien, 6 centimètres; diamètre transverse, 11 centimètres pour le détroit inférieur; diamètre coccy-pubien, 8 centimètres; diamètre bi-ischiatique, 10 centimètres.

M. Huguier croit que, d'après la conformation du bassin, on ne pouvait faire autrement que d'opérer. Cette observation lui semble, en outre, curieuse :

1° Par l'élévation extrême du col de l'utérus non dilaté;

2° Par l'engagement des intestins dans la cavité utérine.

M. Danyau. Je regrette que M. Huguier ne nous ait pas fait connaître les dimensions de la tête de l'enfant qu'il a extrait par l'opération césarienne. Le volume de cette tête n'était peut-être pas tel que l'accouchement naturel fût absolument impossible. Bien que très rétréci, le détroit supérieur n'eût pas été infranchissable si l'enfant eût été petit et les os du crâne minces et flexibles. Je ne veux pas, au reste, m'arrêter à des suppositions et insister davantage sur des chances qui paraissent, en définitive, infiniment peu probables quand on a examiné le bassin de la femme opérée par notre collègue. Ce bassin n'a en effet que $0^{m},965$ de diamètre sacro-pubien. Il est vrai que la mensuration avec l'index, qui donne pour la distance sacro-sous-pubienne $0^{m},09$, aurait dû faire présumer, au moment de prendre un parti, une viciation moindre du détroit supérieur. Aussi suis-je étonné que M. Huguier n'ait pas eu la pensée de tenter une application de forceps. L'élévation de la tête, qui paraît l'avoir arrêté, ne pouvait être telle que cette partie ne pût être saisie, et le peu de hauteur du bassin devait rendre cette manœuvre médiocrement difficile. Je ne crois pas non plus qu'on eût rencontré de difficultés sérieuses à l'orifice. Il n'était pas dilaté, dit M. Huguier; mais après deux jours de travail il était probablement souple et dilatable, et n'aurait offert aucun obstacle. Pour moi, je n'aurais pas hésité à tenter, en temps opportun, d'ap-

pliquer le forceps. Je ne dis pas assurément que j'aurais réussi à terminer ainsi l'accouchement. C'était une chance cependant, et d'autant meilleure ici, que l'inclinaison de l'angle sacro-vertébral à gauche laissait un espace sensiblement plus grand dans la moitié droite du bassin, qui était précisément celle à laquelle correspondait l'occiput. Un rapport semblable favorise quelquefois l'accouchement naturel dans les bassins rétrécis, et c'était évidemment une circonstance heureuse pour l'extraction par le forceps.

La tête bien saisie, je ne pense pas qu'il eût été prudent d'insister beaucoup sur les tentatives d'extraction. Dès que ces tentatives auraient été démontrées inutiles, on n'avait plus à choisir qu'entre l'opération césarienne et la céphalotripsie. Pour ma part, c'est cette dernière opération que j'aurais préférée. L'issue si constamment fatale de l'hystérotomie à Paris depuis plus de cinquante ans aurait à mes yeux justifié cette préférence. La perforation du crâne avec les ciseaux de Smellie eût été facile. Peut-être eût-on rencontré quelques difficultés pour l'exacte application du céphalotribe et l'extraction de la tête aplatie par l'instrument; mais j'ai la conviction que cette opération était très exécutable, et qu'elle eût pu être exécutée sans lésion des organes maternels. M. Huguier s'exagère beaucoup, je crois, les dangers de la céphalotripsie. Il nous a dit qu'elle était loin d'être d'une innocuité complète pour la mère, et cette opération figure parmi les motifs qui l'ont déterminé à pratiquer l'opération césarienne. C'est là une erreur qu'il importe de combattre. J'ai été malheureusement dans le cas d'appliquer bien des fois le céphalotribe, et je n'hésite pas à déclarer que la mère n'a rien à craindre de l'introduction et de l'action de cet instrument conduit par une main exercée. On s'effraye fort à tort du passage d'une tête dont les os sont broyés à travers les organes génitaux, comme s'il n'y avait plus partout que des points aigus et des bords tranchants. Mais il n'en est rien. Le point où la perforation a été pratiquée et qui n'a pas besoin d'être très largement ouvert, se trouve en général compris entre les branches de l'instrument et tenu à distance des partis molles de la mère, et les nombreux fragments qui résultent des fractures opérées par le céphalotribe, recouverts par les téguments du crâne restés intacts, glissent sur les organes maternels sans les léser.

M. Huguier dit que dans le cas actuel il fallait renoncer à l'espoir

d'un accouchement spontané. Il y avait deux jours que le travail durait et la tête ne s'était pas engagée; elle s'était même un peu déformée.

Il s'est rangé de l'avis de ses collègues.

M. Gerdy lui demande pourquoi il a abandonné ses convictions pour obéir à ses collègues. Lui aussi a eu occasion plusieurs fois de pratiquer la céphalotripsie, et il regarde cette opération comme peu dangereuse pour la mère. Il insiste sur la nécessité de donner au céphalotribe des manches très longs pour augmenter leur puissance. Pour lui, l'opération césarienne n'est plus de l'art, c'est une opération qu'il faut repousser de toutes ses forces à cause de ses résultats fâcheux.

M. Chassaignac, revenant sur la pénétration des intestins dans l'utérus, dit que le même phénomène a lieu dans les ruptures de l'utérus. En faisant des recherches sur ce point, il en a pu réunir quelques cas; il ajoute que quelquefois même les intestins sont descendus jusque dans la vulve.

M. Huguier termine en disant que la pénétration des intestins dans l'utérus lui a semblé un fait important, et qu'il est bien nécessaire, avant de pratiquer la suture, de s'assurer de la position des intestins.

Enfin si on veut tenir compte du volume de la tête de l'enfant et de l'épaisseur des parties molles qui tapissaient le bassin, sera-t-il plus difficile de croire à la possibilité d'un accouchement naturel?

Des douleurs récidivantes.

M. Gerdy, revenant sur une communication faite il y a quelque temps sur les douleurs des amputés, pense que ces douleurs peuvent être comparées aux douleurs résultant de causes physiques ou mécaniques, et qui reviennent à chaque changement de temps. Toutes ces douleurs forment un groupe naturel, et à la longue on pourrait y joindre les douleurs qui accompagnent les fissures à l'anus. Dans ce dernier cas, chez les personnes constipées, il y a une irritation des parties déchirées, et la contraction spasmodique du muscle est le résultat de la lutte. Cette douleur peut cesser après l'opération, mais pas constamment; car, dans un cas de douleurs de l'épaule, M. Gerdy a vu la ténotomie appliquée à plusieurs reprises ne procurer aucune amélioration. Lorsque la

sensibilité est irritée par un agent quelconque elle s'exaspère, et alors les douleurs deviennent incessantes. Ce fait est surtout remarquable dans les changements de temps.

M. LARREY ajoute que dans les blessures anciennes il y a plutôt récidive que continuité dans la douleur, et notamment chez les amputés.

Séance du 21 *avril* 1852.

Présidence de M. LARREY.

Grossesse extra-utérine.

M. DESPREZ présente un cas de grossesse extra-utérine.

MM. DANYAU, MAISONNEUVE, HUGUIER et CLOQUET prennent successivement la parole pour avoir quelques renseignements.

M. DESPREZ donnera tous ces renseignements dans l'observation qu'il se propose de communiquer à la Société.

M. LE PRÉSIDENT nomme une commission composée de MM. Maisonneuve, Houel, Huguier et Danyau.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. MAISONNEUVE lit un travail intitulé : *Mémoire sur de nouveaux perfectionnements apportés au traitement des fistules vésico-vaginales.*

Avant que M. Jobert (de Lamballe), dit-il, eût l'ingénieuse idée d'appliquer au traitement des fistules vésico-vaginales la méthode d'autoplastie par glissement, la plupart de ces affections étaient considérées comme incurables. Grâce à cette heureuse application, il est possible maintenant de guérir beaucoup de ces infirmités cruelles. Mais il en est encore, et en assez grand nombre, qui semblaient réfractaires à tous nos moyens. C'est contre ces cas désespérés, dit M. Maisonneuve, que j'ai surtout dirigé mes efforts, et, bien que les résultats soient encore peu nombreux, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de les faire connaître en détail.

OBS. I. — *Fistule vésico-vaginale énorme, large débridement en arrière, sur les côtés. — Guérison.*

Mme Tuignet, femme Chataigne, âgée de trente-quatre ans,

éprouva à sa huitième couche, en septembre 1848, une destruction considérable du bas-fond de la vessie et de la partie correspondante du vagin. Entrée successivement dans plusieurs hôpitaux, elle fut partout considérée comme incurable. M. Maisonneuve crut devoir appeler de cette décision et la reçut dans son service le 3 mars 1850. L'opération fut pratiquée d'après le procédé de M. Jobert, avec cette différence que les incisions latérales furent prolongées beaucoup plus loin en avant. L'avivement donna un lambeau de 19 centimètres de longueur et la réunion exigea onze points de suture. La réussite de l'opération fut complète, et, quand une commission de la Société de chirurgie vint examiner la malade, la vessie pouvait contenir 500 grammes de liquide sans laisser paraître aucun suintement.

Dans une deuxième observation, M. Maisonneuve fit pour la première fois l'application d'une modification importante au procédé ordinaire. Cette modification, dit-il, consiste dans la dissection non-seulement de la partie postérieure et des parties latérales de la fistule, mais encore dans la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse du pubis.

Obs. II. — Madeleine Régnier, femme André, âgée de vingt-huit ans, chez laquelle une énorme destruction de la vessie avait eu lieu lors de son dernier accouchement, le 28 décembre 1848. La difficulté qu'éprouva M. Maisonneuve à faire glisser en avant la lèvre postérieure de la fistule, malgré de larges dissections postérieures et latérales, l'engagea à y ajouter la dissection complète de l'urètre au-dessous de la symphyse pubienne. Sept points de suture simple furent appliqués, et la malade obtint une guérison complète, après toutefois avoir subi quelques cautérisations destinées à fermer un petit orifice dû à la présence prolongée de l'un des fils. Cette guérison fut encore constatée par une commission de la Société de chirurgie.

Obs. III. — Dans une troisième observation, M. Maisonneuve, considérant que la dissection de l'urètre donnait une laxité considérable à la lèvre antérieure des fistules, tenta l'application de ce procédé seul, sans le combiner, comme dans l'observation précédente, avec le procédé de M. Jobert; il obtint encore un nouveau succès. La malade qui fut soumise à cette opération est la nommée Rousseau (Anne), âgée de trente ans. Elle lui fut adressée par

le docteur Thoré de Sceaux. La fistule, qui datait d'un an environ, était survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et présentait 2 centimètres d'étendue transversale. Entrée le 16 avril 1851, elle est sortie guérie le 8 juin de la même année.

Obs. IV. — Chez une quatrième malade nommée Lefort (Alexandrine), âgée de trente ans, blanchisseuse à Clamart, M. Maisonneuve fut amené, par des circonstances d'une difficulté en apparence insurmontable, à pratiquer une série d'opérations insolites. Ces opérations ont consisté :

1° Dans l'excision largement effectuée du vagin, du périnée et de la région ano-ischiatique, destinée à permettre de manœuvrer dans la profondeur du bassin alors que l'étroitesse du bassin et l'immobilité de l'utérus rendent impossibles l'avivement et la dissection de la fistule par les procédés ordinaires;

2° Dans l'isolement complet du pourtour inférieur de la vessie, destiné à permettre le rapprochement des bords de la fistule;

3° Dans l'occlusion incomplète de la vulve et l'application d'un obturateur à robinet ;

4° Dans l'occlusion définitive et complète de l'orifice vulvaire, combinée avec la création d'une fistule recto-vaginale destinée à transformer le rectum en un cloaque supplémentaire de la vessie ;

5° Enfin, dans la substitution d'une fistule périnéale à la fistule recto-vaginale artificielle, dont l'entretien était trop difficile.

Séance du 28 *avril* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le procès-verbal de la séance publique (décembre 1851) et le rapport sur les travaux de l'année de la Société de médecine de Marseille, par le docteur Sicard ;

2° Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe* (année 1851) ;

3° L'*Annuaire de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale* (année 1852) ;

4° Une lettre de M. Mathieu relativement à une erreur qui s'est glissée dans un des derniers procès-verbaux. En effet, lorsque M. Chassaignac a présenté dernièrement un serre-nœud métallique, il avait signalé les perfectionnements apportés à cet instrument comme étant dus à M. Mathieu.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier annonce à la Société que, depuis trois jours, il est entré dans son service une femme présentant un nouveau cas de grossesse extra-utérine arrivée au septième mois. On entend d'une manière très manifeste les battements du cœur du fœtus, et l'on sent les mouvements à travers les parois abdominales ; on sent également, par le cul-de-sac postérieur du vagin, en arrière et à droite du col, un des membres de l'enfant.

M. Huguier, qui doit revenir sur ce fait, le communique aujourd'hui à la Société pour que ses collègues puissent l'examiner.

Effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert fait la communication suivante sur les effets des injections iodées dans les abcès par congestion.

Tous les chirurgiens savent que les abcès par congestion dépendant d'une lésion de la colonne vertébrale se terminent presque toujours par la mort, soit qu'ils aient été abandonnés à eux-mêmes, soit qu'ils aient été soumis à l'une des nombreuses méthodes de traitement connues jusqu'à ce jour. Souvent même, les efforts tentés pour les guérir n'ont d'autre effet que de précipiter la mort des malades.

Découragé de ces tristes résultats, « je me bornais, depuis plusieurs années, à l'emploi des ponctions sous-cutanées », presque toujours exemptes de danger, mais malheureusément aussi presque toujours palliatives. Aussi avais-je entendu avec une vive satisfaction M. Boinet faire connaître à la Société de chirurgie les effets salutaires des injections iodées sur les abcès de cette espèce ; j'y voyais la solution d'un des problèmes les plus importants, les plus difficiles de la chirurgie pratique.

Pendant quelque temps, je dois le dire, je reculai devant l'emploi de ce moyen : je n'étais pas, en effet, sans craintes sur les

suites de la suppuration de ces vastes abcès. Cependant, une occasion favorable s'étant récemment offerte dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'ai cru devoir en profiter; et, pour éviter toute cause d'erreur, j'ai désiré que M. Boinet fît lui-même, sous mes yeux, l'application de sa méthode.

Le résultat de ce traitement n'a pas été celui que j'attendais. Il y a plus : deux autres faits malheureux que j'ai observés depuis ont singulièrement ébranlé ma confiance, et me font craindre que M. Boinet ne se soit fait illusion.

Je suis loin, toutefois, de regarder les injections iodées comme étant sans effet sur les abcès par congestion; leur action est, au contraire, incontestable, évidente et très remarquable. Sous leur influence, en effet, on ne voit pas survenir tous les phénomènes graves qui suivent de si près et si constamment l'ouverture de ces abcès; à savoir : d'abord l'inflammation de la membrane pyogénique, la tension, la sensibilité des parois de l'abcès, la réaction fébrile; puis l'altération du pus, qui devient fétide et dans lequel se forment des gaz hydro-sulfureux plus ou moins abondants, la résorption de ce pus vicié, et les symptômes généraux d'intoxication putride; enfin le dévoiement colliquatif et le marasme par suite de l'abondance et de la durée illimitée de la suppuration.

Lorsqu'on soumet les abcès symptomatiques à l'emploi des injections iodées, le foyer s'enflamme peu; le pus est à peine fétide; les malades n'ont d'abord pas ou presque pas de fièvre; ils semblent échapper à l'intoxication putride et à ses redoutables effets; leur état donne de l'espoir; mais la maladie ne se termine pas pour cela. La suppuration persiste plus ou moins abondante; les forces et l'appétit diminuent; il survient de l'amaigrissement, de petits accès fébriles le soir, ou un état fébrile continu et léger, du dévoiement, en un mot, ce qu'on connaît sous le nom de fièvre hectique. Arrivé à cette période, et avant de se trouver dans un état d'épuisement extrême, l'organisme est livré sans défense à l'influence des agents extérieurs. Le moindre accident amène des conséquences graves : un léger refroidissement produit une pleurésie suivie de suppuration, ou une pleuropneumonie mortelle, etc..... Ainsi, on le voit, les malades n'en succombent pas moins par les injections iodées qu'après les autres modes de traitement; seulement ils arrivent au terme fatal par une voie plus longue et moins

orageuse. Voilà, je le crains, toute la différence qu'il soit permis de signaler.

Il me reste maintenant à mettre sous les yeux de la Société les faits que j'ai pu observer ; ils sont au nombre de trois. Deux me sont propres ; le troisième appartient à M. Huguier, mon collègue, qui sans doute voudra bien en communiquer lui-même tous les détails.

Obs. I (recueillie par M. Duclos, interne de service). — Le nommé Pian (Pierre), âgé de vingt-sept ans, cocher, est entré le 20 novembre 1851 à l'hôpital Beaujon, où il fut couché au nº 282 du deuxième pavillon.

C'est un homme de petite taille (quatre pieds sept pouces environ), d'une bonne constitution, au visage pâle, aux téguments blancs et décolorés, sans embonpoint, ayant les joues un peu creuses, s'étant toujours très bien porté jusqu'à l'accident dont nous allons parler. Jamais il n'avait eu de toux, jamais d'hémoptysie, jamais de palpitations. Son père est bien portant et vit encore ; sa mère est morte d'une gastrite à l'âge de trente-huit ans. Quant à lui, il n'a jamais été malade. Il avoue avoir fait quelques excès de femmes. Relativement à la cause de sa maladie, il nous apprend qu'il a toujours été bien nourri, qu'il buvait du vin chaque jour avec modération, que souvent il a couché dans un endroit humide.

En 1849, il y a quatre ans, il est tombé d'une échelle d'environ quinze pieds de hauteur ; voyant qu'elle chavirait, il a sauté, est tombé sur les talons. Immédiatement il ressentit une petite commotion (textuel) dans le milieu de la région des reins ; mais il ne s'en préoccupa pas d'abord, car le même jour il put reprendre ses travaux. Cependant un mois après cette chute il fut pris de douleurs de reins qui allèrent chaque jour en augmentant ; il eut la région lombaire toute courbée en avant (textuel), à tel point qu'au bout de très peu de jours il fut obligé de cesser tout travail. Enfin au mois d'avril 1849, six semaines environ après l'accident, il fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Il fut reçu à la Pitié dans le service de M. Gendrin. Il ne présentait à cette époque pas d'autres symptômes que ceux déjà indiqués, c'est-à-dire de grandes douleurs de reins et une courbure en avant de la région lombaire assez prononcée, puisqu'il dit qu'il était ployé en avant, et qu'il ne pouvait redresser son corps, ni le

ployer davantage en avant. Il fut traité par les bains sulfureux fréquemment répétés, par des applications de vésicatoires volants aux lombes, et enfin on lui mit en deux fois douze cautères aux reins, six de chaque côté. Sous l'influence de ce traitement, le malade dit qu'il ressentit quelque soulagement, mais qu'il ne fut pas guéri. Les douleurs lombaires, qui n'avaient jamais été continuelles, mais qui revenaient par paroxysmes, revenaient encore par moment comme avant ce traitement; seulement, elles étaient moins intenses. En outre, son corps s'était un peu redressé, et il était moins courbé en avant. Heureux de ce soulagement dans son état, il quitta la Pitié au bout de quatre mois, c'est-à-dire au mois d'août 1849, pour essayer de reprendre ses travaux.

Les douleurs de reins revinrent comme par le passé, non pas continuelles, mais par moments; elles étaient très intenses. Il lui sembla alors que la douleur traversait transversalement les reins pour venir aboutir en se terminant à la hanche droite. En même temps il ne pouvait plus ployer son corps en avant. Il s'efforça de continuer cependant son travail, et le mal alla toujours en augmentant. Cependant son état général se soutint assez bon pendant dix-huit mois.

Enfin au mois d'août 1851, il vit apparaître dans l'aine droite la tumeur qu'il présentait quand il est entré à l'hôpital Beaujon, tumeur d'abord grosse comme un petit pois, puis comme une aveline; elle a augmenté peu à peu et très lentement de volume, sans jamais être douloureuse, et toujours recouverte par les téguments ayant leur aspect normal. C'est à cette époque que vinrent les douleurs de reins, augmentant et persistant toujours. En même temps que la tumeur se développait progressivement, comme d'ailleurs il ne pouvait plus du tout travailler, il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon le 20 novembre 1851.

Etat actuel (*le* 29 *janvier* 1852). — La première fois qu'il nous a été donné d'observer ce malade, voici ce que nous avons constaté : tumeur dans l'aine droite, au-dessus du pli de la cuisse, ovoïde, du volume d'un œuf de poule, dirigée transversalement, s'arrêtant à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure par son extrémité externe, et à 6 centimètres en dehors de la symphyse pubienne par son extrémité interne, sans changement de couleur, de température, ni d'aspect à la peau, élastique, mate

à la percussion, fluctuante. Au bout de quelques jours M. Robert fit une ponction sous-cutanée dans cette tumeur, et la vida d'un pus homogène bien lié (environ 150 grammes). Les douleurs de reins persistèrent malgré cette ponction, et la pression sur la colonne vertébrale, à la partie supérieure des lombes, restait douloureuse.

A cette date, M. Robert ayant prié M. Boinet de traiter le malade s'il jugeait le cas favorable aux injections iodées, M. Boinet fit sa première ponction et sa première injection iodée. Il retira deux verres de pus séreux non fétide.

Il n'en résulta pas d'autres accidents qu'un peu de céphalalgie et un coryza, qu'on dut attribuer à ce que le malade était resté longtemps découvert le matin.

Le malade allait bien; il sortit le 8 février suivant pour ses affaires, et rentra deux jours après très fatigué.

Le 14 février, on fit une deuxième ponction et une deuxième injection iodée. Le pus était verdâtre et un peu fétide. Cette fois, pas d'accidents; seulement la peau est un peu chaude, le pouls fréquent tous les soirs.

Le 19, troisième ponction et troisième injection iodée. On retire un verre de pus jaunâtre un peu fétide. Pas d'accidents.

Le pus est devenu blanc-crémeux, n'est plus fétide depuis la dernière opération. L'état général est assez bon. Le malade se lève et mange une portion. Cependant l'appétit se perd de jour en jour. La peau est chaude, le pouls un peu fréquent le soir, à 100 pulsations.

Le 9 mars, quatrième ponction et quatrième injection iodée, avec 50 grammes de teinture d'iode pure cette fois. Le malade, qui chaque fois pendant l'injection a accusé un goût d'iode dans la bouche, le ressent cette fois au bout d'une minute à peine après le commencement de l'injection. Pas d'accidents le premier jour. Mais le lendemain, 10 mars, malaise, envies de vomir, visage congestionné, peau brûlante, pouls fréquent, à 96 pulsations. Ce malaise dure huit jours.

Enfin, le 19 mars, le malade se plaint d'une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, avec dyspnée intense. Matité à la base du poumon droit, et râles sous-crépitants à grosses bulles, sans souffle, dans les 2/3 inférieurs du poumon droit en arrière de

la poitrine ; langue sèche ; pouls à 110 ; soif vive. — G. S. J. sirop ipéca 109 ; sirop tolu 109. Vésicatoire. Diète.

La pleurésie purulente marcha en dépit de tout traitement. Il survint de la diarrhée, un amaigrissement très rapide ; il se forma une eschare au sacrum et une au dos, dans la place qu'occupait le vésicatoire ; et le 14 avril le malade mourait à sept heures du soir.

A l'autopsie nous avons trouvé :

A. *Dans la cavité crânienne*, un verre de sérosité sanguine sous l'arachnoïde et dans les ventricules;

B. *Dans la poitrine*, une pleurésie purulente à droite ; un demi-litre environ de sérosité purulente, comprimant le poumon, qui était très petit et ratatiné. Des fausses membranes de date récente tapissent les deux feuillets de la plèvre.

Le feuillet pariétal, dans les points où il recouvrait les articulations des six dernières côtes avec la colonne vertébrale (où nous verrons qu'existait une lésion osseuse assez compliquée), avait un demi-pouce environ d'épaisseur.

Il n'y avait pas de tubercules dans les poumons ; tous deux étaient gorgés de mucosités bronchiques, écumeuses. Le droit, dans tout son lobe inférieur, offrait les caractères d'une pneumonie au degré d'hépatisation rouge.

C. *Dans l'abdomen*, il n'y avait pas de sérosité dans le péritoine.

L'abcès de l'aine, du volume d'une petite noix, avait pour parois, en avant, *fascia superficialis* et peau ; en arrière, aponévrose du grand oblique. Il communiquait : 1° en avant, avec l'air extérieur par deux ouvertures fistuleuses de la grosseur d'une tête d'épingle ; 2° en arrière, avec un long trajet se prolongeant dans la gaîne du muscle psoas, dans lequel trajet on pouvait introduire une sonde de femme. Ce trajet allait aboutir à la partie latérale droite et inférieure du corps de la onzième vertèbre dorsale, au niveau du trou de conjugaison. Là, on sentait la partie postérieure du corps de cette vertèbre à nu. Les membranes rachidiennes étaient décollées dans l'étendue d'un pouce verticalement. L'ouverture supérieure de ce trajet était si petite qu'on ne pouvait la trouver qu'avec un stylet-aiguille de trousse. Sur la partie latérale droite de la onzième vertèbre, il y avait un petit foyer du volume d'une aveline, rempli de pus, dont les parois étaient constituées par un tissu cellulaire assez dense adhérant aux côtes, aux corps des vertèbres voisines,

et en avant au feuillet pariétal de la plèvre épaissie. Ce petit foyer, en forme de diverticulum latéral, communiquait par le trou de conjugaison avec l'ouverture supérieure du long trajet situé dans la gaîne du psoas, comme on s'en assurait en courbant à angle droit le stylet enfoncé dans la gaîne du psoas; car il s'engageait alors dans ce petit diverticulum latéral. Dans la gaîne du psoas, le trajet purulent était noir-verdâtre. Les nerfs étaient disséqués et paraissaient aplatis. L'ouverture inférieure du trajet purulent de la gaîne du psoas était une fente transversale de 4 lignes d'étendue, située immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, en dehors des vaisseaux fémoraux. Le corps de la onzième vertèbre dorsale présente sur toute sa partie droite des crêtes rugueuses en forme de stalactites osseuses. Il est rougeâtre, rosé, ainsi que ceux des dixième, neuvième, huitième vertèbres dorsales (traces évidentes d'ostéite). Entre la onzième et la douzième dorsale, le disque intervertébral a complétement disparu. Il en est de même entre les huitième et neuvième dorsales. La tête de la douzième côte est nécrosée. La moelle était dans une intégrité complète. Il n'y avait de pus que sur la partie latérale droite et inférieure de la onzième dorsale. Dans le canal rachidien, au point correspondant à cette partie, et où nous avons dit que les membranes d'enveloppe de la moelle étaient détachées des os, nous n'avons pas trouvé le moindre épanchement purulent.

Les articulations costo-vertébrales des cinq dernières côtes de chaque côté, sauf la douzième du côté droit, étaient le siége d'arthrites purulentes. Nous avons pu couper très facilement quelques-unes des têtes de ces côtes en tranches très minces, très vascularisées. La colonne vertébrale, dans toute la portion dorsale, paraît avoir subi un tassement. Sa courbure en cette région forme un arc dont la corde n'a que 13 centimètres.

De plus, les corps de la neuvième et de la dixième dorsale sont soudés. Nous n'avons pu voir aucune communication entre le foyer purulent qui, situé sous la plèvre, entourait toutes les lésions osseuses précédentes et la cavité pleurale elle-même.

Remarques. — 1° M. Robert appela notre attention sur la petitesse de l'ouverture supérieure du trajet purulent situé dans la gaîne du psoas, nous faisant remarquer combien il aurait été difficile ici de faire pénétrer l'injection iodée jusqu'à la lésion osseuse.

2° Il nous fit observer aussi que ce fait porte avec lui l'enseignement suivant : la maladie des vertèbres, l'ostéite, survenue chez ce sujet à la suite d'une chute sur les talons, et probablement à cause du tassement qui avait été la conséquence de cette chute, a amené un abcès par congestion, dont la cure radicale par les injections iodées semblait devoir être d'autant plus assurée, que l'abcès ne semblait pas lié à une maladie tuberculeuse des vertèbres. L'insuccès des injections iodées dans le cas actuel mérite, pour cette raison, d'être enregistré.

Obs. II. — Un jeune homme a été traité par M. Boinet à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre dernier. Il était paraplégique et portait dans la région lombaire gauche un vaste abcès par congestion. Trois injections iodées ont été faites par M. Boinet. Il n'y a pas eu d'abord d'accidents graves ; mais plus tard les téguments de l'abcès se sont gangrenés, la suppuration est devenue excessive.

Aujourd'hui le malade, admis depuis peu de jours à l'hôpital Beaujon, est dans un état de marasme et de fièvre hectique qui fait craindre une issue prochainement funeste.

M. Boinet ne croit pas avoir dit qu'au moyen de cette méthode on pouvait tout guérir ; il y a des réserves à faire suivant les cas. Si M. Robert a cité deux cas malheureux, à son tour il pourra en citer d'autres dans lesquels il y a eu guérison.

Suivant lui, on ne peut pas ranger un des faits de M. Robert parmi les faits ordinaires ; il y avait eu une fracture : c'était une complication. Dans quel état a-t-il pris le malade ? Dans un état déplorable, et cependant à la première ponction M. Robert lui-même avait trouvé de l'amélioration.

Que s'est-il passé ensuite ? Le malade descend au jardin par un temps froid ; il gagne une pleurésie ; dès lors il a dû cesser le traitement, et c'est à cette interruption qu'il faut attribuer les symptômes fâcheux.

Chez l'autre malade de M. Huguier les chances étaient-elles meilleures ? Non ; malgré cela, il a accepté le malade ; il a pratiqué une ponction, et à la sortie du pus il y a eu un bien-être marqué. Il faut noter ici que les injections n'ont amené aucun accident.

Le point essentiel dans ce traitement, ajoute M. Boinet, c'est de

ne pas l'interrompre et de ne pas le cesser trop tôt. Pour peu qu'il reste de la carie, les accidents reparaissent.

Quant à dire que cette méthode est mauvaise, les cas de guérison qui ont été observés par MM. Chassaignac, Menière, Demarquay et Houel sont là pour prouver le contraire.

Dans ce moment encore, il y a dans le service de M. Guersant un malade traité par cette méthode et qui a obtenu de l'amélioration; malheureusement un nouvel abcès s'est manifesté de l'autre côté.

M. Robert dit que cette méthode n'est pas la seule qui guérisse, témoin les observations d'Abernethy, de Boyer, de Lisfranc, etc. Il y a plus, la nature seule guérit quelquefois.

La question est de savoir si cette nouvelle méthode guérit plus souvent et même aussi souvent que les autres. Si M. Boinet trouvait les malades qui lui ont été présentés dans de trop mauvaises conditions, il ne devait pas les accepter. M. Robert affirme que le malade opéré par M. Boinet dans son service n'était point en mauvais état avant les injections iodées; il avait subi deux ponctions sous-cutanées qui n'avaient amené aucune perturbation dans sa santé générale.

Dans toute méthode, du reste, avant de proclamer les guérisons, il faut observer les malades et les suivre encore un certain temps; car il peut arriver qu'on pense qu'ils sont guéris, tandis que la guérison n'est qu'apparente.

Tant que les fistules ne sont pas fermées depuis longtemps, la maladie n'est pas terminée, et il suffit de l'existence d'une fistule très petite pour que le malade soit encore exposé à de graves accidents.

Si les injections iodées agissent directement sur les os, comment faire lorsqu'il est matériellement impossible, sans s'exposer à des ruptures, de faire parvenir le liquide jusque sur le point malade?

M. Robert termine en insistant sur la nécessité d'examiner avec beaucoup de soin quelle est la valeur de cette nouvelle méthode thérapeutique introduite dans la chirurgie. Il sent à cet égard sa confiance singulièrement ébranlée. Le but de sa communication est donc de faire appel à l'expérience de ses collègues, afin d'étudier de nouveau la question du traitement des abcès par congestion et de la résoudre s'il est possible.

M. Boinet prétend que l'effet des injections iodées est d'améliorer l'état général dans les cas les plus désespérés; la fièvre hectique cesse et le pus est modifié avantageusement. Des cas analogues à ceux que M. Robert vient de citer se représenteraient, il n'hésiterait pas à agir comme il a fait.

Quant à l'impossibilité de faire pénétrer le liquide par des trajets qu'un stylet ne peut traverser, elle cesse si l'opérateur a le soin de placer le malade convenablement, de manière à avoir un courant; non-seulement le liquide arrive par son poids, mais il y a même imbibition au contact. Pour ce qui est de l'intoxication par l'iode, il n'y a rien à craindre.

M. Robert. En supposant même que l'injection pénétrât dans toutes les anfractuosités du foyer, que pourrait-elle faire sur des masses tuberculeuses, sur des portions nécrosées? On conçoit que le pus soit modifié, que l'ostéite suppurante soit également modifiée; mais il faut s'arrêter là.

La modification que subit la membrane pyogénique n'empêche pas le pus d'être sécrété en aussi grande abondance, et cette persévérance de la suppuration épuise le malade.

Dans un des cas qui nous occupent, M. Boinet a pensé que, la pleurésie étant survenue, il fallait suspendre les injections; pour M. Robert, c'est une question. Du reste, elles n'ont pas été continuées; mais uniquement parce que l'état de faiblesse extrême du malade s'y opposait.

M. Robert n'a pas seulement étudié l'effet des injections iodées dans les abcès symptomatiques, il a essayé ce moyen dans deux kystes de l'ovaire, et dans ces deux circonstances il n'y a eu qu'une guérison apparente.

Dans l'un de ces faits, qui a été donné par M. Thomas, dans sa thèse inaugurale, comme un cas de guérison, bien qu'il restât un petit trajet fistuleux, la mort est survenue au bout de six mois; il n'y a pas eu, à la vérité, d'accidents foudroyants, mais les résultats n'en ont pas moins été fâcheux.

M. Huguier, ne voulant pas, dans une question aussi intéressante, s'en fier à sa mémoire, annonce qu'il communiquera dans une des prochaines séances l'observation d'un des malades chez lequel des injectious ont été faites pour un abcès par congestion.

M. Deguise fils a eu aussi l'occasion d'employer les injections

iodées pour un abcès par congestion, et voici dans quelles circonstances :

La maladie était ancienne ; elle remontait à deux ans ; les préparations iodées avaient été administrées à l'intérieur pendant dix-huit mois. Le malade avait deux trajets fituleux au-dessus de l'aine : l'un à droite, l'autre à gauche. M. Deguise, ayant essayé en vain, à plusieurs reprises, de faire pénétrer l'injection, eut l'idée de fermer complétement les orifices fistuleux pendant trois jours. Au bout de ce temps, ayant levé l'appareil, une grande quantité de pus s'écoula, et l'injection pénétra avec la plus grande facilité. M. Deguise a pensé que l'injection avait pénétré jusqu'aux surfaces malades ; car en la poussant d'un côté, on la voyait revenir par l'autre. Les injections furent continuées pendant six mois. Dans les premiers temps, elles ne furent d'abord pratiquées que tous les quinze jours, puis tous les huit jours ; et enfin, dans les derniers temps, elles étaient faites tous les trois jours. Malgré ce rapprochement des injections, il n'y eut pas la moindre modification heureuse, soit dans l'état général lui-même, soit dans la sécrétion purulente. Le malade succomba, comme tous ceux qui sont atteints du mal de Pott, épuisé par la fièvre hectique, la diarrhée, etc.

M. Guersant a eu plusieurs fois l'occasion d'employer la méthode des injections, et voici quels ont été les résultats : dans trois abcès articulaires le succès a été complet ; mais dans deux autres cas il n'a pas été aussi heureux.

Dans le prémier, il s'agissait d'une coxalgie compliquée d'un vaste foyer occupant la moitié de la cuisse. Dès le premier jour il survint des accidents très graves qui nécessitèrent un débridement le lendemain. L'alcoolature d'aconit fut employée sans succès, et la mort survint le septième jour. A l'ouverture, on trouva une carie de la cavité cotyloïde.

Chez un autre malade, la gravité des accidents survenus dès la première injection a dû l'empêcher d'y recourir de nouveau.

M. Guersant termine en disant qu'il n'a jamais employé cette méthode de traitement pour la carie vertébrale.

Suivant M. Gerdy, la méthode des injections iodées ne serait pas aussi nouvelle qu'on semble le croire. En effet, il y a longtemps que M. Lugol avait donné l'exemple, dans son service, de faire dans les maladies scrofuleuses des injections avec des préparations

d'iode, et les résultats qu'il obtenait étaient généralement assez avantageux ; mais, outre cette méthode purement locale, M. Lugol soumettait ses malades à une hygiène convenable, et c'était là aussi une des parties prédominantes du traitement.

Dans la plupart des maladies des articulations ou de la colonne vertébrale, il ne faut pas oublier qu'il y a presque toujours un état complexe.

M. Gerdy, dans les affections de ce genre, n'a jamais employé d'autre méthode que les moxas, et il a obtenu d'assez beaux résultats pour ne pas changer son traitement. Il cite l'exemple d'une marchande de bois qui, au milieu d'une contre-danse, sentit tout d'un coup un craquement dans la colonne vertébrale; une gibbosité s'était produite. A la suite de l'application continuée des moxas, cette malade a retrouvé la santé, est redevenue mère, et n'a succombé que longtemps après à une affection de la vessie.

M. Boinet a étudié avec soin tout ce que M. Lugol a publié sur l'emploi de l'iode; jamais, dans ses écrits, il n'est fait mention de l'emploi des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. M. Lugol cherchait à saturer l'économie d'iode, et, pour cela, il l'employait sous forme de lotions, de cataplasmes; il ne se servait pas des trajets fistuleux pour faire pénétrer cette substance. Du reste, il ne veut pas non plus qu'on s'en tienne à un traitement purement local; il faut aussi un traitement général.

M. Larrey annonce qu'il communiquera dans une des prochaines séances l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la Société, et chez lequel l'emploi des injections iodées n'a pas empêché la maladie de se terminer d'une manière fâcheuse; à cette occasion, il insiste sur l'importance de compléter toutes les communications qui sont faites à la Société.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Maisonneuve présente à la Société le jeune homme chez lequel il a pratiqué l'ablation du maxillaire supérieur pour un polype siégeant dans l'arrière-bouche et dans les fosses nasales. Ce malade, qui avait été dans ces derniers temps l'objet d'une discussion sur l'opportunité du procédé opératoire, est aujourd'hui dans un état satisfaisant. Grâce à un obturateur en gutta-percha fait par M. le docteur Devillemur, la phonation et la mastication s'exé-

cutent sans peine. Dans les premiers temps de l'application de l'appareil, il s'est produit un phénomène assez curieux: comme le rebord de l'obturateur appuyait sur la joue, près du canal de Sténon, la salive coulait le long de l'obturateur avec une assez grande rapidité; M. Maisonneuve y a remédié en pratiquant quelques petits trous le long de l'obturateur. Ce sont les propres dents du malade qui ont été employées pour la confection de l'appareil.

M. Maisonneuve ajoute que l'examen de la tumeur a démontré que le centre était formé par du tissu fibreux, et l'extérieur par du tissu fibro-plastique. Un avantage de l'incision de la joue, telle qu'elle a été pratiquée, c'est que la direction entre les deux branches cervico-faciales du nerf facial est un moyen d'éviter la paralysie. Chez ce malade, en effet, la paralysie est presque nulle.

L'ablation d'une portion assez considérable du nerf buccal avait pu faire craindre d'autres accidents graves de paralysie; eh bien, il n'en a rien été; il y a seulement un peu de paralysie de la sensibilité de la muqueuse.

M. Giraldès demande si le gutta-percha a été employé pur dans la confection de l'instrument; car si on l'a employé pur, l'instrument peut se déformer par la chaleur; peut-être vaudrait-il mieux mélanger le gutta-percha au caoutchouc.

M. Maisonneuve répond qu'il est pur, et qu'il a seulement subi une préparation analogue à la volcanisation du caoutchouc. Le squelette de l'obturateur est en or et argent.

M. Gerdy dit que le malade présente un phénomène physiologique fort remarquable. Dans l'opération, tout le maxillaire supérieur avait été enlevé et avec lui le nerf sous-orbitaire, et cependant il n'y a plus d'insensibilité de la face.

Lui aussi a eu occasion d'enlever le nerf sous-orbitaire pour extirper une tumeur située dans cette région; il y a eu pendant quelque temps paralysie de la sensibilité, mais actuellement cette paralysie n'existe plus. Le retour de la sensibilité dans ces cas lui paraît un fait des plus curieux.

M. Gerdy ajoute qu'il est bien important que la chirurgie apporte son contingent d'expériences dans cette partie de la physiologie, car il lui semble que bien souvent les recherches pathologiques sont en désaccord avec les idées physiologiques.

M. Robert demande à M. Gerdy si les nombreuses anastomoses

nerveuses ne peuvent pas contribuer au rétablissement des fonctions momentanément suspendues.

Revenant ensuite sur l'idée du procédé opératoire, il demande si Dieffenbach et Michaud (de Louvain) n'avaient déjà pas recommandé de pratiquer l'incision de la joue dans la direction que M. Maisonneuve a suivie.

M. Maisonneuve croit que c'est M. Flaubert (de Rouen) qui a pratiqué le premier l'opération de cette manière.

A propos des remarques de M. Gerdy, il répond que quelquefois, très peu de temps après l'opération, quand la cicatrice se fait, on voit se former autour de la solution de continuité un cercle ferme qui pourrait faire croire que tout l'os n'est pas enlevé. Il se reconstitue quelque chose de solide dans la joue et dans la face, et une sorte de nouvelle arcade dentaire.

M. Denonvilliers. Parmi les paralysies du sentiment ou du mouvement qui succèdent aux lésions des nerfs, il en est qui persistent, d'autres qui cessent au bout de quelque temps. Ces différences correspondent à des différences dans la nature ou l'étendue des lésions. S'il y a simple section du nerf, si même il n'y a qu'une légère perte de substance, il est assez ordinaire de voir la paralysie ou l'insensibilité cesser au bout d'un certain temps. C'est là une circonstance qui a été remarquée par tous ceux qui ont pratiqué des sections de nerfs pour remédier aux paralysies faciales, et qui avait déterminé A. Bérard à substituer, dans ces cas, à la simple section, l'excision d'un bout assez considérable du tronc nerveux. Si, en effet, le nerf a subi une perte de substance, la paralysie persiste ordinairement. Ainsi s'expliquent, dans certains cas au moins, ces différences dans les résultats qui ont frappé notre collègue M. Gerdy. Dans le cas actuellement soumis à notre observation, le nerf sous-orbitaire ayant été enlevé en entier avec l'os maxillaire supérieur, il semble impossible qu'il n'y ait pas paralysie complète du sentiment. C'est effectivement ce qui a lieu, et cette paralysie porte sur toute la joue et sur la narine du côté correspondant à l'opération.

M. Giraldès, revenant sur le procédé opératoire, croit qu'il a été également mis en usage à Londres trois ou quatre fois par Fergusson.

M. Demarquay pense que la persistance de la sensibilité est due à la conservation de la branche temporo-faciale.

M. Gerdy objecte que dans le cas qui lui était particulier la tumeur était cancéreuse; elle occupait une partie du sinus et de la cavité orbitaire. Le sinus maxillaire ne fut ouvert que par sa partie supérieure. Dans les premiers temps il y eut bien des signes de paralysie, mais aujourd'hui ils ont entièrement disparu.

Il ajoute que la pathologie présente de si fréquentes contradictions avec certaines lois physiologiques, qu'il y a de quoi ébranler les convictions les plus fermes. A ce sujet, il rappelle le fameux cas de ramollissement de la moelle de Bulner. La moelle était diffluente. M. Magendie, qui était présent à l'autopsie, dit alors : les membranes de la moelle transmettent donc. Pour lui, il avoue que malgré tous les progrès de la science, il est des faits que la physiologie et la pathologie ne peuvent expliquer.

M. Denonvilliers dit qu'il croit à l'existence bien distincte des nerfs du sentiment et du mouvement.

M. Gerdy termine en disant qu'il est bien loin de repousser tout ce qui a été fait, mais que les vivisections ont encore beaucoup à faire pour tout démontrer.

Séance du 28 avril 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Un travail manuscrit de M. le docteur Alquié sur diverses observations recueillies dans son service;

(MM. Denonvilliers, Robert, Giraldès sont chargés de rendre compte de ce travail.)

La thèse inaugurale de M. le docteur Hattier sur l'arthrocace sénile;

La thèse inaugurale de M. le docteur Beylard, de Philadelphie, intitulée : *Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie;*

Le dernier bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.

Symblépharon survenu à la suite d'une brûlure.

M. Chassaignac présente une femme de vingt-cinq ans qu'il a depuis peu opérée pour un symblépharon survenu dans les circonstances suivantes.

La malade reçut dans l'œil droit une étincelle an moment où elle était occupée à souffler du feu. Brûlure de la cornée, inflammation très violente pour laquelle M. Rapatel, de Montreuil, employa une médication très énergique. Au huitième jour de l'accident, il envoie la malade à l'hôpital Saint-Antoine. On constate une adhérence très forte de la paupière supérieure à la cornée. Mais celle-ci est tellement boursouflée et ramollie qu'il est impossible de rien tenter pour décoller la paupière. La moindre traction sur cette cornée gélatiniforme et comme pultacée semblait devoir en amener la rupture et par conséquent causer la sortie des humeurs de l'œil. Applications continues de glace renfermée dans des sacs d'intestin de mouton; douches oculaires de deux à trois litres d'eau; collyre à 1 décigramme de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau.

Lorsqu'au bout d'une quinzaine de jours on eut obtenu le raffermissement de la cornée, on recourut à l'opération que voici:

La paupière supérieure étant saisie à son bord libre au moyen de deux pinces à griffes, le couteau à cataracte fut promené suivant la courbe cornéale de manière à exécuter autant que possible la section des adhérences et la séparation de la muqueuse palpébrale d'avec la cornée. On épongeait avec soin après chaque trait de l'incision. L'adhérence fut ainsi successivement détruite dans toute la hauteur de la moitié supérieure de la cornée, qui est restée opaque d'abord dans toute son étendue et à la surface de laquelle s'élevaient quelques houppes cellulo-vasculaires restes du tissu cicatriciel de la brûlure.

Aujourd'hui toute adhérence anormale a cessé d'une manière qui paraît définitive et sans aucune tendance au retour du symblépharon. La cornée reprend sa transparence dans tout l'hémisphère inférieur; mais supérieurement il reste un croissant opaque, à la concavité duquel correspond la pupille, qui est très visible et permet à la malade de distinguer les objets.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier demande que la Société veuille bien nommer une commission pour examiner le cas de grossesse extra-utérine qui est dans son service. Peut-être alors les opinions seront-elles moins partagées sur la marche à suivre dans cette circonstance difficile.

M. le président désigne MM. Robert, Danyau, Maisonneuve et Lenoir pour examiner la malade.

Présentation d'un testicule cancéreux.

M. Maisonneuve présente un testicule cancéreux qu'il a enlevé sur un enfant de neuf mois; bien que le cancer se rencontre assez fréquemment dans l'enfance, il est fort rare de le voir se développer d'aussi bonne heure, surtout dans les organes génitaux.

M. Guersant dit qu'il y a quelques années il a présenté une pièce analogue à l'Académie de médecine; l'enfant était âgé de deux ans; il succomba trois jours après l'opération à la suite de convulsions. Il regarde, du reste, l'affection cancéreuse des organes génitaux comme très rare dans la première enfance. Depuis qu'il est à l'hôpital des Enfants, il n'en a observé que trois cas. Il avait eu aussi occasion de voir Dupuytren pratiquer la même opération chez des enfants de deux ans.

M. Roux demande si ces tumeurs n'étaient pas des tubercules.

M. Lebert insiste sur la rareté du cancer des organes génitaux à un âge aussi peu avancé. Il profite de cette circonstance pour dire qu'il est possible d'établir une statistique du développement du cancer suivant les âges et les organes.

M. Robert ayant demandé quels avaient été les résultats des trois opérations pratiquées par M. Guersant, celui-ci lui répond que l'un des trois malades est mort très peu de jours après, qu'un autre a été revu bien portant trois ans après l'opération, et que pour le troisième il n'en a pas eu de nouvelles.

Du reste, ses observations à l'hôpital des Enfants lui ont aussi prouvé, ce qui du reste était bien connu des chirurgiens, qu'il est certains organes dans l'enfance où l'on voit plus particulièrement se développer le cancer encéphaloïde.

M. Robert regarde le fait de M. Guersant, d'un cancer encépha-

loïde opéré chez un enfant et étant resté trois ans sans récidiver, comme un fait des plus curieux; il engage notre collègue à ne pas perdre de vue ce malade. Il termine en disant que le développement du tissu encéphaloïde a été observé même chez le fœtus.

M. Giraldès dit que le développement du cancer encéphaloïde depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze ans est loin d'être rare; seulement il ne se développe pas également dans tous les organes. On peut se convaincre de ce fait en parcourant l'ouvrage de M. Walsk sur le cancer et l'*Encyclopédie* de M. Cottello.

Séance du 5 *mai* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Une lettre des successeurs de M. sir Henry accompagnée d'un davier et d'une paire de ciseaux à articulation mobile.

Dans cette lettre, ils rappellent que les instruments qu'ils présentent ont été fabriqués depuis vingt ans par sir Henry et que leur mode d'articulation est le même que celui de M. Charrière.

Amputations de l'avant-bras.

M. Larrey présente deux ex-artilleurs amputés l'un et l'autre d'un avant-bras et porteurs d'une main artificielle.

C'est dans l'exercice à feu qu'ils ont eu ces deux membres mutilés par un boulet. L'un de ces hommes, amputé de l'avant-bras droit, a eu en plus une fracture de l'humérus du même côté et une contusion violente de la face; l'autre, amputé de l'avant bras gauche, a perdu l'œil droit avec fracture comminutive de l'orbite. L'amputation, faite immédiatement à chacun d'eux, n'a rien offert de notable, sauf les complications dues aux autres lésions; et, malgré leur gravité, la guérison s'est heureusement effectuée.

Deux circonstances sont à noter ici : la première, c'est la mutilation elle-même produite par le projectile, accident assez fréquent chez les artilleurs et survenant d'ordinaire dans le temps de la manœuvre du canon, qui expose le boulet à partir en emportant l'extrémité des membres qui tiennent l'écouvillon. De là peut-être,

comme le présume du moins M. Larrey, la nécessité, si faire se pouvait, de modifier la partie mécanique de cette manœuvre.

La seconde circonstance à apprécier, c'est le moyen próthétique à l'aide duquel une main artificielle peut être substituée à la main naturelle. Celles des deux artilleurs, fabriquées par M. Charrière, sont basées sur ce principe que la pression continue des doigts sur un objet placé entre eux est d'un grand avantage pour l'y maintenir assez solidement. La main, faite en bois, articulée aux phalanges, renferme dans son intérieur des ressorts qui en permettent l'écartement ou le rapprochement à volonté, en même temps que l'on peut imprimer à la main tout entière certains mouvements de rotation susceptibles de devenir fixes. Il est facile, enfin, de substituer à la main elle-même un ustensile quelconque, soit une fourchette, soit un crochet, comme celui dont se servent très adroitement quelques invalides.

M. Larrey ajoute à cette occasion qu'il a vu un matelot américain qui, ayant eu les deux avant-bras emportés par un boulet, parvint à se servir assez bien de deux bras artificiels fabriqués par M. Van Peetarssen, et composés de diverses parties articulées que faisaient mouvoir des cordes à boyau retenues par un corset.

Mais, malgré ces faits et d'autres que l'on pourrait citer ici, l'art mécanique est encore loin de la perfection dans la prothèse des membres supérieurs.

Grossesse extra-utérine.

M. Huguier communique l'observation de grossesse anormale qui a déjà été signalée à la Société.

Le 15 avril 1852, la nommée Rose B..., âgée de trente ans, entra à l'hôpital Beaujon et fut placée dans son service, salle Sainte-Clotilde, n° 387.

Cette malade a été réglée à treize ans sans aucune difficulté, et depuis elle n'a jamais eu les moindres dérangements dans ses époques; vers l'âge de quinze ans, elle a commencé à avoir des rapports sexuels, mais elle n'a jamais eu d'enfants.

Il y a environ sept mois, les règles furent suspendues, les seins se tuméfièrent et en même temps devinrent douloureux; continuellement la malade avait envie de dormir; elle remarqua en même temps qu'elle était constipée, qu'elle éprouvait des envies fréquen-

tes d'uriner et que le ventre prenait un développement assez notable. Il y avait un mois que ces divers symptômes se manifestaient lorsque Rose B... consulta un médecin; un purgatif fut administré, et depuis elle ne suivit aucun traitement.

Comme les règles ne reparaissaient pas et que le volume du ventre augmentait toujours, soupçonnant d'ailleurs qu'elle pouvait être enceinte, elle voulut en avoir la certitude, et consulta un médecin de Montmartre, qui, trompé par le siége de la tumeur et les réponses de la malade, pensa qu'il s'agissait d'une affection du foie ou d'un kyste de l'ovaire.

On comprendra d'autant plus facilement cette erreur que dans ce moment il y avait du gonflement et de la sensibilité dans la région épigastrique. Comme il existait cependant toujours des doutes dans son esprit sur la nature réelle de l'affection, il manda un confrère, qui, après un nouvel examen, partagea également son avis; ils conseillèrent en dernier lieu à la malade d'entrer à l'hôpital.

Rose B.. entra trois jours après à l'hôpital munie d'une lettre de M. le docteur Passering. La lettre était ainsi conçue :

« Mon cher confrère,

» Je vous prie de recevoir cette malade, qui porte une affection dont je n'ai pu préciser le diagnostic et qui a pour siége l'utérus. Vous trouverez un corps mobile qu'on ne peut pas définir, car il n'est pas l'effet de la conception; les deux signes les plus certains, qui sont la pulsation du fœtus et le ballottement, manquent. »

Le jour même de l'entrée de la malade, M. Huguier procéda à un examen très minutieux. Après avoir examiné l'abdomen, il demanda à la malade si déjà elle avait eu des enfants. Sa réponse fut non-seulement négative, mais elle affirma qu'elle était vierge.

En examinant le ventre, on trouve que la peau n'est nullement altérée; l'abdomen est distendu par une tumeur dont le plus grand diamètre est transversal. Cette tumeur est séparée du pubis par une dépression profonde qui permet à la main d'atteindre l'angle sacro-vertébral; la tumeur dépasse de 14 centimètres l'ombilic et s'étend à 10 centimètres au-dessous, de telle sorte que son diamètre vertical est de 24 centimètres; quant à son diamètre transversal, il est de 27 centimètres.

Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite ; elle est inégale, anguleuse. En bas et à gauche de la masse principale, on sent une petite tumeur du volume d'une orange ; elle est plus résistante et plus lisse que la précédente, dont elle est séparée par une dépression.

Cette tumeur est mobile sous la pression et fuit quelquefois devant le doigt explorateur. On se demande alors si c'est le corps même de l'utérus accolé à un kyste qui renferme un enfant, si ce n'est pas la tête de celui-ci ou bien si c'est une tumeur renfermée dans les annexes de l'utérus. La tumeur principale donne la sensation du ballottement, c'est-à-dire qu'on sent au milieu de la fluctuation qu'elle présente un corps dur qui se déplace sous la pression.

En explorant les organes génitaux, on trouve l'orifice vulvaire très dilaté, ayant un aspect violacé et bleuâtre. M. Huguier insista sur l'importance de cette coloration comme moyen de diagnostic; en effet, elle a presque toujours été pour lui un indice de grossesse soit intra, soit extra-utérine; tandis que les tumeurs qui se développent dans l'utérus ou dans ses annexes, quelle que soit leur nature, ne sont jamais accompagnées de cette teinte des organes génitaux.

Le toucher vaginal pratiqué par M. Huguier lui fit découvrir successivement de bas en haut et d'arrière en avant :

1° A travers la paroi postérieure du vagin, une masse molle assez souple sur laquelle le doigt explorateur laisse des empreintes ; cette masse est formée par des matières fécales contenues dans le rectum;

2° Une partie dure, ferme, inégale et anguleuse, comme serait un membre. M. Huguier est porté à croire que cette partie résistante est un pied ; on la sent dans le cul-de-sac vagino-utérin postérieur à droite du col; elle est séparée du doigt explorateur par une très petite épaisseur de tissus.

3° Le col de l'utérus est placé en avant et à gauche de la partie anguleuse. Il est arrondi et d'une consistance moins ferme qu'à l'état physiologique; les portions sus et sous-vaginales semblent avoir moins d'étendue, son orifice est beaucoup moins large qu'il ne l'est habituellement au septième mois de la grossesse. La membrane muqueuse qui le recouvre est plus souple qu'à l'état normal.

L'application du spéculum permet de voir qu'elle est bleuâtre comme l'entrée de la vulve.

Le toucher par le rectum fait reconnaître également la petite partie anguleuse qui a été indiquée précédemment; mais on ne peut rien préciser de plus que par le toucher vaginal.

M. Huguier, en plaçant la main sur l'abdomen, ayant cru sentir les mouvements actifs du fœtus, se mit à rechercher les bruits du cœur; il les trouva à 5 centimètres au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic, et à 17 centimètres de l'épine iliaque, en suivant la direction d'une ligne oblique en haut et en dedans.

Le lendemain, 18 avril, la position des bruits du cœur était changée; on les entendait plus bas, vers la fosse iliaque, à 6 centimètres de l'arcade crurale. On chercha en vain le souffle placentaire, on ne le rencontra dans aucun point. Ce fut après cet examen, répété à plusieurs reprises, que M. Huguier n'eut plus aucun doute sur l'existence d'une grossesse.

La malade avait d'abord soutenu qu'il était impossible qu'elle fût enceinte. Cependant, pressée de questions, elle avoua que depuis huit ans elle n'avait eu aucuns rapports sexuels, mais que le 28 septembre 1851, un homme ivre avait pénétré chez elle et l'avait forcée de céder à ses désirs. Des renseignements pris auprès du maire et de l'adjoint de la commune sont venus confirmer le dire de la malade. C'est depuis ce moment que les règles ont cessé de paraître, que le ventre et les seins se sont développés.

M. Huguier pria MM. Danyau, Robert, Lenoir, Maisonneuve et Marjolin de venir examiner la malade. MM. Depaul et Laborie la virent également, et plusieurs pensèrent qu'il y avait une grossesse qui pouvait être extra-utérine.

Le 2 mai, M. Larrey, étant venu pour examiner Rose B..., ne put rencontrer, non plus que M. Huguier ce jour-là, les bruits du cœur dans aucun point.

Le lendemain, M. Giraldès l'examine à son tour, et ce jour-là les bruits du cœur sont des plus manifestes à la partie antérieure et au centre de la tumeur.

M. Huguier croit que d'après ces faits il est difficile de ne pas admettre l'existence d'une grossesse extra-utérine. Il fonde son diagnostic :

1° Sur l'élévation de la tumeur, qui, bien que la malade ne fût

enceinte que de six mois et demi lors de son entrée à l'hôpital, remontait jusqu'à l'épigastre, à 14 centimètres au-dessus de l'ombilic;

2° Sur la dépression sus-pubienne et transversale de l'hypogastre, dépression qui permet d'arriver jusqu'à l'angle sacro-vertébral sans obstacle, sans sentir le corps de l'utérus rempli par le produit de la conception;

3° Sur l'extrême facilité avec laquelle on sent la fluctuation du liquide amniotique, les mouvements actifs de l'enfant, et le ballottement à travers les parois abdominales sans recourir au toucher vaginal;

4° Sur l'irrégularité et la situation de la tumeur;

5° Sur l'absence du souffle placentaire, qui manque dans la grossesse utérine;

6° Sur le peu de volume de saillie et d'ouverture du col utérin;

7° Sur sa situation, qui est en avant et à gauche;

8° Et c'est là le signe le plus important, sur la tumeur dure et inégale que forment les membres de l'enfant dans le cul-de-sac postérieur du vagin au-dessous et en arrière du col de l'utérus;

9° Enfin les conditions dans lesquelles la conception a eu lieu viennent encore à l'appui de l'opinion d'une grossesse extra-utérine.

Si aucun de ces signes pris isolément n'a de valeur absolue, il faut convenir que leur ensemble est d'un grand poids.

M. Huguier termine en disant que M. Paul Dubois a aussi examiné la malade, et qu'il a des doutes sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Il aurait bien désiré pour éclaircir ce cas difficile qu'on fît le cathétérisme utérin; mais lorsque M. Huguier lui a proposé de le faire, il aurait préféré attendre. Ce qui a surtout fait naître des doutes dans l'esprit de M. Dubois, ce serait l'impossibilité de sentir l'utérus.

M. Danyau convient qu'après de mûres réflexions et une exploration nouvelle, il ne saurait être aussi explicite qu'après son premier examen. L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus jette nécessairement quelque obscurité sur le cas dont M. Huguier vient d'entretenir la Société. Plus il y a songé, et plus cette circonstance lui a paru propre à faire naître des doutes. Il est assurément des

cas où on ne peut sentir le corps de l'utérus; c'est lorsque l'enfant, comme dans le cas qui nous a été communiqué naguère par M. Després, est placé en avant de l'organe et le refoule en arrière. Chez la femme de l'hôpital Beaujon il n'en est point ainsi. L'enfant est fortement incliné à droite ; le col de l'utérus se sent nettement à gauche et en avant. Quant au corps, il ne peut être senti nulle part.

M. Danyau n'attache pas à la facilité du ballottement abdominal, à l'évidence de la fluctuation, autant de valeur diagnostique que M. Huguier. Combien de fois ces signes n'existent-ils pas avec le dernier degré d'évidence dans des grossesses parfaitement normales !

Il n'a pas été non plus frappé de la situation très superficielle des parties fœtales, et il est quelques grossesses utérines où, en raison de l'amincissement des parois de la matrice, on peut bien plus facilement encore saisir et reconnaître quelques-unes des parties de l'enfant.

Mes doutes, ajoute M. Danyau, ont été corroborés par les observations de M. Paul Dubois, qui a examiné ce matin même la malade, et qui vient de me communiquer ses réflexions.

L'impossibilité de retrouver le corps de l'utérus le frappe aussi par-dessus tout. A cette considération il en ajoute quelques autres. Si la partie qu'on sent dans le cul-de-sac rétro-utérin était un membre de l'enfant, pourquoi, dit-il, ce membre, pied ou main, serait-il toujours immobile ? Pourquoi, sous l'action du doigt qui le touche à travers une très petite épaisseur de parties, ne fuirait-il pas ou ne chercherait-il pas à fuir, comme on l'observe à la suite d'un contact, même très léger, à travers les membranes ?

Il serait bien difficile d'ailleurs, suivant M. P. Dubois, d'assigner une forme déterminée à la partie qu'on sent au fond du vagin dans le cul-de-sac postérieur, et plus difficile encore de reconnaître le siége ou une portion du siége de l'enfant dans celle qu'on touche par le rectum.

En admettant toutefois que les parties placées ainsi en arrière sont bien des parties fœtales, cette situation anormale derrière le col ne pourrait-elle pas s'expliquer par une anomalie dans le développement du segment inférieur de l'utérus ? La portion de ce segment située en avant du col est ordinairement de beaucoup la

plus développée. C'est sur elle que la tête, si c'est elle qui se présente, vient s'appuyer; c'est d'elle qu'elle s'enveloppe et se coiffe en quelque sorte en descendant dans l'excavation du bassin. Exceptionnellement, très exceptionnellement sans doute, c'est le contraire qu'on observe. Cette exception n'existerait-elle pas ici? Alors tout ne serait-il pas explicable sans admettre une grossesse extra-utérine?

Mais, dit encore M. Dubois en revenant à sa première idée, à savoir, que les parties inégales senties en arrière n'appartiennent point à un fœtus, si cette masse irrégulière logée dans le cul-de-sac péritonéal postérieur n'est autre chose qu'une tumeur, la présence d'une masse volumineuse en ce lieu ne suffirait-elle pas pour rendre raison des apparences insolites constatées chez la femme dont la situation préoccupe à si juste titre M. Huguier?

Tous ces motifs, reprend ensuite M. Danyau, ne suffisent ni aux yeux de M. Dubois, ni aux siens, pour rejeter l'existence d'une grossesse extra-utérine; il a voulu établir seulement que la démonstration n'était pas complète. Or, dans le doute, le meilleur parti est d'attendre. Ce serait encore, suivant lui, la meilleure conduite à suivre, la grossesse extra-utérine fût-elle bien certaine.

Au début du travail, s'il ne survient d'ici là rien qui force à agir, il sera temps de se décider, et les chances, parce qu'on aura attendu, ne seront pas changées. Elles ne sont pas d'ailleurs toujours aussi fâcheuses qu'on pourrait croire. Ainsi, J. King (*Rust's Magazin*, Bd. III, 414) a sauvé la mère et l'enfant par l'élytrotomie pratiquée quatre jours après le début du travail. L'enfant seul fut sauvé par une opération semblable pratiquée par le docteur Caignou (*Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXI, p. 286), qui eût peut-être obtenu un double succès si, cédant aux objections des consultants, il n'eût pas attendu trop longtemps. Enfin, Zwank *Neue Zeits.*, f. geb. VII, 483) n'a pas été moins heureux à Hambourg par la gastrotomie faite après plusieurs jours de travail, que King ne l'avait été, en Amérique, par l'élytrotomie. Ces succès doivent encourager M. Huguier.

En résumé, M. Danyau se prononce pour l'expectation absolue. Il n'est pas même d'avis de pratiquer le cathétérisme utérin, auquel M. Huguier veut recourir dans 15 ou 20 jours. Si quelque recherche de ce genre devait être faite à cette époque, peut-être vaudrait-il

mieux, et ici il ne fait que reproduire l'avis de M. P. Dubois, introduire un morceau d'éponge préparée qui exercerait un commencement de dilatation, et fournirait ainsi le moyen d'établir un diagnostic plus précis, et dont on ne renouvellerait pas l'usage si la grossesse était reconnue utérine.

M. Roux, n'ayant pas examiné la malade, dit qu'il ne peut avoir aucune opinion sur le cas dont il s'agit; mais ce que M. Danyau vient de dire, que, quelquefois, contrairement à la règle, la partie postérieure de l'utérus peut prendre un développement extraordinaire, le fait souvenir d'un fait bien curieux pour lequel il fut consulté il y a quelques années.

Il s'agissait d'une dame qui portait une tumeur assez volumineuse derrière le col de l'utérus. Cette dame redoutait une grossesse; elle avouait bien s'être exposée à être enceinte, mais on pouvait avoir des doutes sur la nature de la tumeur située derrière le col. MM. P. Dubois et Moreau, qui virent séparément cette personne, avouèrent qu'il était impossible de déclarer si c'était une grossesse; ils s'arrêtèrent à l'idée d'une tumeur anormale située en arrière.

La personne était, du reste, malade depuis quelque temps. M. Roux apprit par la suite qu'il y avait eu une fausse couche.

M. Robert dit qu'après ce qu'il vient d'entendre il n'émet qu'avec la plus grande réserve son opinion sur la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Il a été surtout étonné de la forme de la tumeur, qui est comme une calebasse, ce qui se voit dans les grossesses extra-utérines et non dans les grossesses normales; il y a en outre un amincissement très prononcé des parois utérines. Un signe qu'il fait valoir en faveur de la grossesse extra-utérine, c'est le peu de développement du col pour une grossesse arrivée au septième mois.

Quant à la teinte violacée des parties génitales, il ne croit pas qu'il faille attacher autant d'importance à ce signe que Parent-Duchatelet avait indiqué. Il l'a toujours trouvé au delà de quatre mois; mais deux fois il a vu cette coloration exister sans grossesse. Enfin, la difficulté, ou mieux l'impossibilité de pouvoir retrouver l'utérus doit être regardée comme un signe d'une grande valeur.

Arrivant ensuite aux indications, M. Robert se demande si l'expectation n'est pas dangereuse pour la mère. Il craint l'emploi de l'éponge préparée pour dilater le col; ce moyen, suivant lui, pa-

raît être une des causes de la métro-péritonite quand on s'en sert pour opérer des tumeurs fibreuses.

Il redoute également le cathéter métallique, et lui préférerait une bougie souple en gomme élastique, comme étant le moyen d'investigation le moins dangereux.

Si maintenant, ajoute M. Robert, on laisse la grossesse marcher, la poche sera bien plus volumineuse, et il y aura bien plus de danger pour la mère.

Il termine en disant que, sans affirmer, il incline cependant pour l'idée d'une grossesse extra-utérine; il croit qu'on peut expliquer l'immobilité des membres inférieurs par une sorte d'emprisonnement.

M. Huguier convient également qu'on ne rencontre pas chez cette femme la forme habituelle de l'utérus; mais il y a un tel ensemble de signes, qu'il ne peut pas abandonner l'idée d'une grossesse extra-utérine. Comme tout le monde, il a pensé aussi à la possibilité de l'existence d'une tumeur; mais cette femme s'était toujours bien portée, jamais elle n'avait eu la moindre douleur du côté du sacrum ou du rectum, jamais les ganglions lymphatiques du bassin n'ont présenté le moindre engorgement; il n'y a également aucun signe qui puisse faire croire à une affection des ovaires, à l'existence d'un kyste, d'une tumeur fibreuse ou osseuse.

Quant à l'avis de M. Robert sur l'importance qu'il faut attacher à la coloration de la vulve comme signe de grossesse, il ne le partage pas; elle peut exister chez des femmes ayant des varices, mais jamais elle ne coïncide avec l'existence de tumeurs intra-pelviennes : elle appartient à la grossesse. Il termine en disant que l'emploi de l'éponge préparée ne lui semble pas sans inconvénients; il lui préfère le cathétérisme avec un instrument métallique, la sonde en gomme élastique ne pouvant donner de bons résultats.

Le cathétérisme lui suffira pour lever tous les doutes. Si c'est une grossesse intra-utérine, il sentira l'utérus derrière la paroi abdominale.

On m'objectera que le cathétérisme peut avoir des inconvénients; il ne peut en avoir que lorsque les malades chez lesquelles on l'emploie ont intérêt à tromper le médecin.

M. Cullerier croit devoir insister sur la valeur de la coloration de la vulve comme signe de la grossesse; sans voir le ventre, on

peut, à deux ou trois mois, diagnostiquer une grossesse: cette teinte n'est pas, du reste, celle des varices. Il ajoute que l'observation de ce signe n'est pas due à Parent-Duchâtelet, mais à M. Jacquemier.

M. Danyau, malgré les observations de M. Robert, persiste à penser qu'en l'absence d'accidents quelconques il vaut mieux ne pas se hâter d'opérer. Qui sait ce qui peut advenir d'ici au terme de la grossesse ? L'enfant ne peut-il pas cesser de vivre, et, une fois mort, ne peut-il pas subir quelqu'une de ces transformations qui n'en font plus pour la mère qu'une masse incommode mais non dangereuse, et dont l'extraction, en cas d'accidents ultérieurs, offrirait encore, la statistique l'atteste, d'assez grandes chances de succès ?

Comme M. Robert, M. Danyau pense que, dans le cas de grossesse extra-utérine, il faut plus se préoccuper du salut de la mère que de celui de l'enfant. Dans celui-ci en particulier, il s'était demandé s'il n'y aurait pas avantage pour la mère à provoquer la mort du fœtus avant qu'il eût pris un plus grand volume. C'était l'idée de Dezeimeris, et le moyen auquel il songeait était l'électricité. M. Duchenne, de Boulogne, fut donc prié d'assister à l'examen fait vendredi dernier par votre commissaire. L'idée lui fut soumise ; mais l'impossibilité de ne pas comprendre dans le courant les parois abdominales la fit abandonner aussitôt : on recula devant la chance fort redoutable d'une rupture du kyste fœtal par les vives et brusques contractions musculaires que l'agent mis en usage pourrait provoquer.

M. Roux est un peu épouvanté de l'introduction fréquente de l'hystéromètre dans la pratique chirurgicale ; il demande donc quels sont les cas dans lesquels ce moyen d'investigation est nécessaire. Il croit que, dans quelques cas, il peut y avoir de la coarctation du col de l'utérus, ce qui peut amener de la gêne dans la menstruation et mettre des obstacles à la conception ; dans ces cas, il lui est arrivé une ou deux fois d'introduire avec précaution une sonde, et la conception a pu avoir lieu. Mais pour sonder continuellement, même dans les cas de tumeurs, il est loin d'être de cet avis ; il craint qu'on ne s'expose à provoquer des avortements : il serait donc peiné de voir cette doctrine se propager.

M. Huguier répond que, loin d'avoir les inconvénients que re-

doute M. Roux, le cathétérisme utérin est une des plus belles conquêtes de la chirurgie ; il croit que c'est un des meilleurs moyens pour reconnaître quelques affections. Quel est, du reste, le moyen qui n'a pas d'inconvénient ? Il ajoute que, dans quelque temps, il lira à la Société un travail sur le cathétérisme utérin.

M. Maisonneuve partage l'avis de M. Danyau quant à l'époque de l'opération ; comme la grossesse semble être dans le cul-de-sac rétro-utérin, c'est là où elle peut marcher le plus longtemps sans causer d'accidents, et si l'enfant vient à succomber, là, plus que partout ailleurs, l'élimination sera possible.

Séance du 12 *mai* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier dit que MM. Moreau père et fils ont visité sa malade, et qu'ils ont admis une grossesse extra-utérine.

Correspondance.

M. Dufraisne-Chassaigne adresse un mémoire sur les polypes du rectum. Une commission composée de MM. Huguier, Maisonneuve et Forget est chargée d'examiner ce travail.

Nouveaux glossocomes et nouveaux principes pour le traitement des fractures.

M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque, donne lecture d'un mémoire relatif au traitement des fractures, et présente l'appareil contentif qu'il a imaginé à ce sujet. (Commission : MM. Denonvilliers, Larrey et Boinet.)

Voici un extrait de ce travail :

Le traitement des fractures se réduit à deux méthodes et à quatre genres de moyens.

De ces méthodes, l'une veut les traiter par un appareil définitif ; l'autre veut pouvoir toujours examiner le membre pour remédier à tous les accidents qui peuvent survenir.

Nous repoussons la première par deux motifs : le premier, c'est

qu'elle ne pent tenir la principale promesse qu'elle prétend offrir, de préserver la fracture de tout mouvement ; le second, c'est qu'elle emploie des moyens qui sont particulièrement dangereux par leur dureté et la résistance de leur contexture.

Nous adoptons, au contraire, la seconde méthode, parce qu'elle permet de visiter souvent le membre et d'opposer divers moyens aux différentes complications qui se présentent ; de telle sorte que, malgré les difficultés, on peut presque toujours, avec beaucoup de soins, arriver à un beureux résultat.

Mais c'est ainsi qu'on est arrivé à confondre la bonté du moyen avec la vigilance et l'habilité du chirurgien, tandis que la véritable question consiste à trouver des moyens qui puissent réussir entre les mains les moins babiles.

Au reste, ces moyens se réduisent à quatre espèces :

1° Les appareils solidifiables, qui, à eux seuls, représentent la méthode inamovible que nous condamnons ;

2° Les appareils à constriction, qui représentent les appareils hippocratiques, ou ceux que l'on emploie le plns ordinairement;

3° Les appareils à extension, que l'on a préconisés dans les cas les plus graves des fractures ;

4° Les appareils qui modifient la sitnation du membre et qui réunissent l'hyponarlbécie et les plans inclinés.

Tous ces moyens comptent des succès à la condition des plus grands soins; mais ils comptent aussi des revers tenant à une seule cause, qui fait toute la difficulté du traitement des fractures. Cette cause, c'est que cbacun de ces moyens n'a isolément qu'une force contentive qu'on est obligé de pousser trop loin pour la sensibilité des organes; d'où il résulte cette triste conséquence, qu'afin d'être suffisants pour la contention ils deviennent dangereux par les obstacles qu'ils apportent aux diverses fonctions du membre.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons réuni dans un seul et même mécanisme toutes les conditions statiques et dynamiques que possèdent les quatre genres de moyens précités, et nous avons eu, de cette manière, des appareils qui nous ont présenté non-seulement l'ensemble de ces divers moyens, mais encore nous ont préservé de leurs inconvénients, puisque nous avons l'avantage de pouvoir contenir les fractures sans exagérer aucune de ces forces contentives.

En effet, la multiplicité ou la docilité des forces de nos appareils nous donne la faculté de répartir les effets contentifs sur la plus grande surface possible, et même celle, si l'on fatiguait ainsi les organes, de varier l'emploi de ces mêmes forces.

Avec ces principes, nous avons construit trois appareils pour le traitement des fractures; l'un sert aux fractures de l'humérus et de la clavicule, l'autre à celle de l'avant bras, et le troisième à toutes celles des membres pelviens; et nous sommes parvenu ainsi à rendre aussi assurés que facile les plus longs et les plus pénibles traitements, en remplissant les indications importantes :

1° De garantir l'immobilité des fractures aussi solidement que possible, puisqu'elles sont toujours contenues, soit par l'extension, soit par la compression;

2° De rendre l'examen du membre et les pansements aussi prompts et faciles que si le membre était à découvert, puisqu'il suffit de déboucler une courroie pour mettre le membre à nu ;

3° De rendre les traitements les plus longs aussi supportables que faire se peut, puisque nous varions la position du membre par divers degrés de flexions, et qu'au moyen de la suspension nous avons pu faire descendre des fracturés de la cuisse de leurs lits, de même que nous pouvons laisser le bras libre pour les fractures de la clavicule.

Les appareils qui remplissent et simplifient ces indications sont cependant des machines assez compliquées, mais qui se résument dans des plans hyponarthéciques à coulisses pour les accommoder à toutes les longueurs.

Ces plans sont articulés par des charnières dirigées par des compas de graduations allongées par des vis. A ces plans se joignent des attelles qui, pour l'appareil des fractures des membres inférieurs, sont aussi à coulisse.

Hydarthrose du genou.

M. Verneuil lit une observation d'hydarthrose du genou avec lésions anatomiques multiples. Une commission composée de MM. Houel, Demarquay et Gosselin est chargée d'examiner le travail de M. Verneuil.

Grossesse extra-utérine.

M. le docteur Laborie, ancien chef de clinique de la Faculté,

donne lecture d'un travail intitulé : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Dans ce mémoire, l'auteur a eu en vue les deux faits de grossesse abdominale récemment soumis à l'examen de la Société de chirurgie, et, s'attachant spécialement à la partie pratique du sujet, il s'efforce de démontrer que, dans ces cas, la nature reste tout à fait insuffisante pour amener une terminaison heureuse quelconque sans l'intervention de l'art.

Tous les faits consignés dans les annales de la science confirment cette donnée et permettent d'établir en principe la nécessité absolue, si l'on veut conserver les jours de la malade, d'agir chirurgicalement.

M. Laborie, après avoir fait l'examen des conditions physiologiques nouvelles qui permettent à un œuf ainsi disposé dans la cavité péritonéale de s'y développer jusqu'au terme régulier de l'évolution fœtale, démontre que le chirurgien ne doit pas attendre pour intervenir les dernières périodes de la grossesse; car la vie de la femme se trouve menacée par la rupture de l'œuf, par l'hémorrhagie et par l'épuisement, qui est la conséquence du développement de l'œuf.

L'auteur, pour répondre à l'opinion des chirurgiens qui proposent l'expectation, recherche quelles sont les chances heureuses qui peuvent naître de cette expectation? Ces chances lui paraissent nulles. Aussi conclut-il en proposant d'opérer après le septième mois révolu.

Quant au choix de l'opération, M. Laborie, se basant sur l'étude anatomo-pathologique des faits connus et spécialement du fait présenté par M. Desprez, repousse, quand l'œuf est aussi volumineux, l'élytrotomie, et propose d'une manière absolue la gastrotomie. Il termine enfin son travail par les conclusions suivantes :

1° La grossesse extra-utérine abdominale paraît être la seule qui permette au produit d'atteindre son développement complet.

2° Si des terminaisons heureuses et spontanées ont été observées dans les cas de grossesse extra-utérine, on ne peut en rapporter aucun cas ayant trait à la grossesse abdominale ayant dépassé le septième mois avec conservation de la vie de l'enfant.

3° A cette époque de la gestation, la vie de la malade est mena-

cée par l'imminence d'une hémorrhagie, d'une rupture de l'œuf et, par suite, d'une péritonite, et enfin par le dépérissement.

4° L'intervention de l'art reste la seule chance de salut pour la mère.

5° On ne peut espérer, pendant l'expectation, voir diminuer la somme des dangers, la nature ne pouvant offrir aucune des ressources que l'on rencontre dans les autres espèces de grossesses extra-utérines.

Il faut donc que l'intervention soit prompte, car les dangers consécutifs à l'opération seront d'autant plus considérables que le produit présentera un plus fort volume.

6° Le seul procédé qui puisse permettre d'extraire avec certitude l'œuf entier consiste à pratiquer la gastrotomie.

Cette opération pourra être faite avec avantage par la destruction successive de la paroi abdominale à l'aide d'un caustique.

Des injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Robert. Il y a trois semaines, j'ai présenté des pièces anatomiques prises sur un malade mort dans mon service des suites d'un abcès par congestion, traité par M. Boinet à l'aide des injections iodées; aujourd'hui je viens de nouveau attirer l'attention de la Société sur le même sujet. Il s'agit, dans ce cas, d'un jeune homme qui est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Bazin, pour se faire traiter d'une paraplégie que l'on crut pouvoir rattacher à des accidents syphilitiques contractés deux ans auparavant. Sous l'influence de l'iodure de potassium, les accidents cédèrent; mais bientôt on vit apparaître une légère incurvation de la région lombaire et un vaste abcès par congestion dans cette même région. M. Boinet, qui fut chargé de traiter le malade, fit plusieurs injections iodées, trois ou quatre. A la suite de la dernière injection, de graves accidents survinrent; la gangrène s'empara des parois du foyer. Le malade quitta l'hôpital Saint-Louis, et entra ensuite à Beaujon, service de M. Barth, et de là il passa dans celui de M. Robert, où il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on constate une large poche, suite de l'abcès, communiquant par un trajet large avec le foyer du mal correspondant aux dixième, onzième, douzième vertèbres dorsales et première lombaire, profondément altérées par des tubercules; les membranes de la moelle sont épais-

sies dans ce point. Je ne doute point, ajoute M. Robert, que les accidents de paraplégie qui sont survenus chez ce malade, et qui ont cédé avec l'apparition d'un abcès, étaient dus à la compression de la moelle par un tubercule qui, en se ramollissant, a cessé de comprimer la moelle épinière. Chez ce sujet, il y avait un large foyer de communication entre l'abcès et la colonne vertébrale; par conséquent les injections iodées ont pu pénétrer facilement jusqu'à l'altération des os, et cependant le malade a succombé. En présence de ce fait fort intéressant, je me demande si, dans le cas d'abcès par congestion, les injections iodées n'avancent pas plutôt le terme fatal des malades, bien loin de les guérir, comme le veut notre collègue M. Boinet.

M. Boinet. Je n'ai point la prétention de guérir tous les abcès par congestion; il est des altérations qui sont au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, ici les injections iodées n'ont point été faites convenablement; trois seulement ont été pratiquées, à la suite desquelles le malade a éprouvé un mieux notable, et je l'ai perdu de vue. Quant à la gangrène qui est survenue chez ce malade, elle ne peut être attribuée à l'injection iodée, car c'est longtemps après qu'elle est apparue. En résumé, ce fait incomplet ne prouve rien contre ma méthode.

M. Robert. M. Boinet dit : Ce fait ne prouve rien contre ma méthode, soit; mais il ne prouve pas pour. En trois semaines je présente deux revers; et par qui sont-ils éprouvés? Par M. Boinet lui-même, qui trouve que sa méthode a été mal appliquée. Si j'étais hostile à ce genre de traitement, je ne me conduirais pas autrement que M. Boinet le fait. Il déclare qu'il faut faire un grand nombre d'injections, et il abandonne les malades qui lui sont confiées à la troisième ou à la quatrième injection. Faut-il, comme le veut notre collègue, ne pas attribuer aux injections iodées les accidents de gangrène qui sont survenus? Je ne le pense pas. Le malade m'a assuré trop de fois que ces accidents avaient été consécutifs à la dernière injection. Pour qu'il y ait le moindre doute, d'ailleurs, la position même de la partie gangrenée éloigne toute idée de pression, comme cause déterminante de l'accident que nous venons de signaler.

M. Boinet, tout en convenant que les injections iodées ne guérissent pas tous les abcès par congestion, déclare néanmoins que

dans les cas désespérés elle est encore utile en prévenant la fétidité du pus et en rendant aux malades leurs derniers moments plus faciles.

M. Larrey croit remarquer, d'après ce que vient de dire M. Boinet, une modification assez notable de ses idées premières sur l'emploi des injections iodées. M. Boinet semble leur accorder une efficacité moins absolue, moins exclusive aujourd'hui qu'autrefois, en reconnaissant que cette médication n'a souvent qu'un effet palliatif et non curatif. Quelle est la cause de cette différence ? Elle s'expliquait déjà par les deux observations d'insuccès que M. Robert a communiquées. Elle tient peut-être aussi à l'expérience propre de M. Boinet, qui ne saurait prétendre avoir toujours guéri les abcès par congestion à l'aide de cette méthode. L'observation que M. Larrey s'est réservé de faire connaître à la Société sera un fait de plus ajouté aux insuccès des injections iodées, et il répète que l'on ne saurait, dans tous les cas, préciser avec trop d'attention la nature de la maladie, afin d'apprécier avec exactitude les résultats du traitement.

M. Boinet. Je n'ai rien à retrancher de mes premières convictions; elles sont toujours les mêmes. Je puis fournir des faits nombreux à l'appui de l'avantage des injections iodées dans les abcès par congestion. Je puis même citer à M. Robert un fait qu'il ne mettra pas en doute; il s'agit de la femme d'un confrère affectée d'abcès par congestion, et guéri par moi à l'aide d'injections iodées.

M. Robert. J'ai souvenir du fait cité par M. Boinet. Il s'agissait d'un abcès déterminé par la carie d'une apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale peu grave, dont le trajet fistuleux était fort court. Quand j'ai perdu de vue la malade, il n'y avait plus qu'un petit trajet fistuleux résultant d'une ponction sous-cutanée.

M. le professeur Roux dit, en terminant, qu'il a eu récemment occasion d'employer les injections iodées pour guérir trois malades affectées d'abcès par congestion. Ces malades ne sont pas guéris, mais ils se sont bien trouvés des injections iodées qui leur ont été faites. Au sujet d'abcès par congestion, M. Roux fait remarquer les difficultés sérieuses que rencontre le chirurgien dans le diagnostic des abcès froids d'avec certains abcès par congestion.

M. Maisonneuve propose de nommer une commission chargée

d'étudier tous les faits relatifs à cette question des injections iodées dans les abcès par congestion.

Une commission, composée de MM. Maisonneuve, Robert et Guersant, est nommée pour examiner les malades soumis à ce mode de traitement.

Membres artificiels.

A l'occasion de la présentation qui a été faite par M. Larrey dans la dernière séance de deux artilleurs amputés de l'avant-bras et porteurs de mains artificielles imaginées et fabriquées par M. Charrière, M. Ferdinand Martin dit d'abord que ces appareils ne présentent rien de nouveaux, et que Percy et Laurent en donnent une description aussi complète que possible à l'article MAIN du grand *Dictionnaire des sciences médicales.* Il ajoute qu'ils ne sont qu'une reproduction incomplète de l'appareil de M. Van Petersen. M. Martin croit devoir à cette occasion mettre sous les yeux de la Société de chirurgie les modèles de bras artificiels dont il est l'inventeur, et qu'il a fait exécuter plusieurs fois pour des cas d'amputation ou d'arrêt de développement de l'avant-bras.

Les appareils de M. Martin sont composés d'une gaîne en cuir qui embrasse le bras, et qui est articulée avec une autre gaîne qui représente l'avant-bras et se termine par une main artificielle dont toutes les articulations sont mobiles.

Par le moyen d'un mécanisme intérieur, la portion d'avant-bras qui reste communique directement le mouvement aux doigts. Ainsi la flexion du moignon détermine celle des doigts, et son extension les fait ouvrir. Ce mouvement se produit sans le secours de l'autre main.

A l'aide de cet appareil le malade peut donc, par le seul fait de sa volonté, étendre ou fléchir son avant-bras, ouvrir ou fermer sa main artificielle, saisir ou lâcher spontanément des corps d'un certain volume. Ajoutons que la main peut être portée dans la flexion, dans l'extension, dans l'adduction ou dans l'abduction, et qu'enfin elle peut être placée dans un tel degré de pronation ou de suppination qu'on peut désirer, tout en conservant les mouvements de flexion et d'extension des doigts.

M. Martin rapporte que plusieurs dames affectées d'arrêt de développement de l'avant-bras gauche, et faisant usage de ses mains

artificielles, peuvent coudre, broder, tricoter, jouer aux cartes, au whist et au piquet, par exemple, etc. L'une d'elles, entre autres, est arrivée à se servir de son appareil avec une telle perfection, qu'elle reconnaît si les objets qu'elle a saisis sont tenus solidement, ou si elle peut craindre de les laisser-échapper; qu'elle distingue parfaitement un corps métallique d'un objet moins résistant ; qu'elle reconnaît si une étoffe est de laine ou de toile, etc.

M. Martin entre dans quelques détails au sujet de ce phénomène de la palpation transmise par un appareil prothétique. Il dit, et il est facile de le concevoir, que les nerfs qui devaient venir se terminer à la main et servir au toucher sont arrêtés à la surface du moignon. Pour le malade, le sens du toucher réside donc évidemment et absolument dans ce point. Or, tous les chirurgiens savent que, lorsqu'ils saisissent un corps quelconque à l'aide d'une pince, ils ont parfaitement la conscience de la dureté ou de l'élasticité du corps qu'ils ont saisi, et rien n'empêche d'assimiler jusqu'à un certain point la main artificielle à la pince du chirurgien.

M. Martin ajoute que, dans le cas d'amputation, le malade peut bien arriver à se servir avec avantage de son appareil prothétique, mais que jamais il n'arrive au degré de perfection du toucher que nous venons de signaler, parce que les nerfs spéciaux du toucher sont emportés.

M. Martin cite cependant l'exemple d'un domestique amputé de l'avant-bras droit qui pouvait écrire, habiller son maître, servir à table, ôter et mettre son chapeau, etc., etc., le tout à l'aide de sa main artificielle.

M. Martin dit avoir présenté cet appareil à l'Institut en 1844.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 20 *mai* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Camille Bernard adresse un mémoire sur la chéiloplastie.

Une commission, composée de MM. Robert, Forget et Lenoir, est

chargée d'examiner le travail de M. Bernard et de faire un rapport.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de celui-ci, M. Boinet, revenant sur le malade mort d'abcès par congestion et dont M. Robert a présenté les pièces dans la dernière séance, cherche à établir d'une manière positive que les accidents de gangrène qui sont survenus dans le foyer de l'abcès ne peuvent être rapportés aux injections iodées, car ils sont survenus près de cinq mois après la dernière injection. L'observation de M. Boinet est renvoyée à la commission chargée de recueillir tous les faits relatifs à la question des injections iodées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs des bourses.

M. Vidal (de Cassis) présente un malade qui porte sur la peau du scrotum de nombreuses tumeurs, variant de volume depuis un grain de maïs jusqu'à une grosse noisette. Ces tumeurs, dures, légèrement élastiques, n'ont en aucune façon altéré la peau; elles paraissent appartenir aux tumeurs sébacées. M. Vidal en a enlevé une; il suffit d'une incision pour l'énucléer avec facilité; elle était formée d'un tissu comme plâtreux; elle a immédiatement durci au contact de l'air.

M. Lebert est prié d'examiner au microscope le produit de ces petites tumeurs.

M. Huguier. Le fait de M. Vidal est surtout intéressant par la multiplicité des tumeurs qui recouvrent le scrotum. Il serait heureux que la Société pût conserver un dessin de ce fait.

Luxation du cristallin.

M. Lebert communique quatre faits de luxation du cristallin que M. le docteur Recordon, chirurgien fort distingué à Lausanne, lui a fait connaître dans une lettre. Comme c'est la lecture d'un cas du même genre observé par notre honorable président M. Larrey qui a engagé M. Recordon à réunir ces faits, c'est naturellement à M. Larrey, qui s'occupe d'un travail sur ce sujet intéressant, que M. Lebert a cru devoir adresser ces observations, dont voici le résumé :

1° Un homme, âgé de vingt-deux ans, s'aperçoit un jour qu'il a

perdu la vue de l'œil gauche. En examinant le fond de l'œil, M. Recordon aperçoit un corps flottant dans la chambre postérieure, qu'il fut facile de reconnaître, après la dilatation de la pupille, pour le cristallin luxé dans sa partie supérieure et retenu par sa partie inférieure; il a conservé, du reste, sa transparence normale. Lorsque ce malade se couche sur le dos, la vue revient momentanément. Depuis quatre ans, cette luxation incomplète, qui s'est produite spontanément, persiste sans changement.

2° Une femme, âgée de trente-deux ans, se plaint d'avoir perdu depuis quelques mois la vue de l'œil droit. En examinant l'œil, M. Recordon fut frappé de voir à travers la cornée transparente le cristallin couché dans la chambre antérieure et appuyant contre l'iris, qu'il repousse en arrière; parfaitement transparent, il ressemble à une grosse goutte d'eau. L'iris n'est pas enflammé. Tout mouvement de la tête en arrière faisait disparaître le cristallin dans la chambre postérieure, pour reparaître de nouveau dès que la malade penchait la tête en avant. L'extraction dut être faite, mais elle fut très laborieuse, le cristallin ayant été très difficile à saisir. Il était du reste d'une transparence parfaite, et la vue s'est rétablie complétement. Cette même femme, opérée en 1847, se présenta de nouveau à la consultation de l'hôpital, en mars 1852, offrant à l'œil gauche les mêmes symptômes, qui nécessitèrent la même opération qu'à l'autre œil et qui fut suivie d'une guérison complète.

3° Les deux malades précédents offraient trois cas de luxation de cristallins transparents. Dans le quatrième cas de M. Recordon, il s'agit d'un cristallin cataracté chez un homme de soixante-dix ans, qui, ayant les deux cristallins pris, devait être opéré prochainement, lorsqu'un jour, retenu au lit pour des douleurs de rhumatisme, il fut étonné de voir tout à coup la partie supérieure de la fenêtre; mais, dès qu'il s'assit dans son lit, il rentra dans l'obscurité. Les jours suivants, le cristallin se détacha davantage, et environ huit jours après il avait complétement disparu dans le corps vitré fixé probablement dans quelque endroit en dehors de la pupille, mais non résorbé. La vue s'est maintenue sur cet œil jusqu'à présent.

M. Larrey insiste sur la rareté beaucoup plus grande du déplacement des cristallins transparents que de celui des cataractes; il demande si M. Recordon a précisé la durée de ce déplacement dans

ces différents cas, point qui a une certaine importance par rapport à l'intégrité ou aux modifications du cristallin.

M. Lebert répond à M. Larrey que les faits communiqués par M. Recordon se groupent en deux catégories : d'un côté, il y a les trois faits de cristallins transparents, dont l'un luxé incomplétement, les deux autres d'une manière entière. Le second cas offre encore cela de curieux que la même malade présente successivement la maladie aux deux yeux et est guérie par la double extraction. Dans le second fait, le cristallin transparent s'était déjà déplacé depuis plusieurs mois; toutefois, je suis sûr que M. Recordon se fera un grand plaisir de donner à M. Larrey des renseignements sur la durée du déplacement, ainsi que sur tout autre point de ces observations qui serait précisé par notre honorable président.

J'aurais peut-être passé sous silence le quatrième cas d'un cristallin cataracté déplacé, comme se rapportant à des faits bien moins rares, si nous n'assistions pas dans ce fait à une issue très heureuse et inespérée d'un déplacement d'une cataracte qui faisait cesser la cécité sans opération et d'une manière jusqu'à présent durable.

M. Roux. Je n'ai point encore eu occasion de voir un cristallin non cataracté se luxer et tomber dans la chambre antérieure de l'œil; mais j'ai vu souveut le déplacement du cristallin opaque tantôt avec complications d'accidents graves, d'autres fois sans complication. Un des faits les plus remarquables qu'il m'a été donné d'observer est celui du fils de don Carlos, retenu prisonnier à Bourges. Ce jeune prince était affecté d'une cataracte congénitale avec paralysie de la rétine. Un jour le cristallin passa dans la chambre antérieure. Appelé à Bourges pour examiner l'œil du jeune prince et pour pratiquer une opération s'il y avait lieu, je trouvai le cristallin ayant repris sa position normale; au bout de quinze jours, le cristallin repassa dans la chambre antérieure. Il fut alors extrait sans difficulté. Aucun accident ne survint, mais la vue resta éteinte du côté gauche.

Tumeur de la région thyro-hyoïdienne.

M. Chamart, de Tulle, présente une jeune fille de sept à huit ans qui porte dans la région thyro-hyoïdienne une tumeur arron-

die, mobile, du volume d'une cerise, élastique. Notre confrère demande ce qu'il convient de faire en pareil cas. Faut-il laisser marcher cette tumeur ou doit-on opérer et dans ce cas à quel procédé opératoire faut-il recourir?

M. Guersant. J'ai eu occasion de voir un certain nombre de ces tumeurs : celle qu'il nous est donné d'examiner naît de l'espace compris entre l'hyoïde et le thyroïde : elle a un pédicule étroit; si on enlève cette tumeur, il restera un pédicule étroit qu'il sera difficile de guérir et qu'il faudra oblitérer par une cautérisation ou une injection irritante. On pourrait encore, après avoir découvert la tumeur, jeter un fil sur le pédicule pour prévenir la formation d'une fistule souvent si difficile à détruire.

M. Maisonneuve. J'ai souvent des résultats fort avantageux par l'injection de la teinture d'iode dans la grenouillette et dans les petits kystes de la région du col. Je propose donc de faire une ponction exploratrice pour déterminer nettement la nature de la tumeur, et de faire ensuite une petite injection iodée. Une incision, dans ce cas, ou une tentative d'ablation, aurait pour résultat de convertir cette petite tumeur en une fistule difficile à guérir.

M. Boinet. En m'appuyant sur certains faits qui me sont personnels, je proposerais, pour le cas actuel, une injection iodée. J'ai réussi, il y a dix années, à guérir une dame qui portait une tumeur enkystée développée dans la même région. Lisfranc avait donné des soins à cette malade, et il n'avait rien obtenu en enlevant une partie de la tumeur. Trois injections iodées m'ont permis de guérir une maladie qui avait résisté aux soins les mieux entendus et les plus éclairés.

M. Giraldès. Je suis très partisan, dans ce cas, d'une ponction exploratrice; elle donnera des détails précis sur la nature du kyste et sur la résistance de ses parois. Une injection iodée ne peut réussir que lorsque les parois sont minces, délicates; mais celles-ci sont dures, résistantes. Une injection iodée transformera les parois des membranes; elle les rendra fongueuses; alors le traitement local devient insuffisant; il faut y joindre un traitement général.

M. Robert. Il est un certain nombre de ces kystes très difficiles à guérir. Sabatier et Boyer, qui connaissaient cette maladie, avaient aussi constaté cette difficulté. Il y a la condition anatomique qui rend compte de cette difficulté, c'est la longueur du pédicule de ces

tumeurs enkystées, qui va jusque derrière l'os hyoïde. J'ai eu deux fois l'occasion de traiter ces petits kystes ; la première fois, il y a quelques années, ce fut sur un jeune homme du midi de la France, auquel un vieux praticien avait déclaré son mal incurable. J'ai mis tout en œuvre pour le guérir, et mes efforts furent inutiles. Je n'ai point été plus heureux l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

Je serais d'avis de ne rien faire pour le moment; et, si le mal augmente, recourir aux injections iodées. Je suis étonné des succès obtenus par M. Guersant dans ce genre d'affection à l'aide des moyens qu'il nous a indiqués.

M. Guersant. Mes succès ne sont pas nombreux. Je reconnais qu'il est un certain nombre de ces petites tumeurs qui, lorsqu'elles sont ouvertes, se convertissent en fistules et sont tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Ce sont celles qui ont été signalées par Dupuytren, et dont le pédicule va jusqu'à la membrane muqueuse laryngée. Les succès que j'ai obtenus m'ont été donnés par le fer rougi à blanc et par la teinture d'iode.

M. Maisonneuve. Il importe, au point de vue du traitement, de ne pas confondre les tumeurs enkystées de la région thyro-hyoïdienne avec les fistules, qu'il est difficile de guérir par les injections iodées, tandis que les petits kystes dont nous nous occupons cèdent assez facilement à ce moyen de traitement.

M. Robert. M. Guersant a confondu les fistules qui succèdent aux kystes dont nous nous occupons avec les fistules congénitales, dont le point de départ est dans la persistance d'une fente branchiale située à la partie inférieure de la langue. Ces tumeurs sont placées sur les parties latérales du cou. M. Danyau a présenté ici un fait de ce genre.

M. Danyau. Indépendamment du fait dont vient de parler M. Robert, j'ai eu occasion de traiter, avec Blandin, un enfant qui portait au cou une fistule congéniale dont le point de départ était du côté du larynx. Blandin mit en usage plusieurs moyens; mais le seul qui fût efficace, ç'a été la teinture d'iode.

M. Forget a donné comme une contre-indication à l'opération l'incurabilité de la plaie résultant de celle-ci. Or, aucun fait n'est venu établir cette incurabilité. Quant au prolongement de la tumeur, qui, d'après M. Robert, s'étendrait jusqu'à l'épiglotte, et qui serait encore une contre-indication à l'opération, je ferai ob-

server qu'il est loin d'être démontré. Le fùt-il d'ailleurs, que j'y verrais un motif de plus d'opérer immédiatement. En effet, pourquoi voulez-vous attendre? La tumeur fait des progrès; elle en fera chaque jour de nouveaux; elle s'étendra davantage vers les parties profondes, et votre temporisation n'aura d'autre résultat que de reculer la difficulté, et même de l'aggraver.

Pour ma part, je ne crois pas à ce prolongement de la tumeur. Petite, très mobile à son origine, elle s'est développée dans le lieu même qu'elle occupe. Aujourd'hui elle est facile à déplacer; on peut la circonscrire entre les doigts dans presque toute sa circonférence. En la faisant glisser sous la peau, on s'aperçoit bien qu'elle est retenue par une sorte de pédicule lâche sur lequel on peut exercer des tractions sans produire de douleur. Ce pédicule me paraît formé d'un tissu fibro-celluleux qui adhère à la membrane thyro-hyoïdienne. Cette connexion explique pourquoi la tumeur suit les mouvements du larynx dans l'effort de déglutition, mais ne prouve nullement qu'elle se prolonge au delà de cette membrane.

Si d'ailleurs il existait un diverticulum, une sorte d'arrière-cavité, en saisissant le kyste et en le comprimant, on déplacerait le liquide qu'il contient, on le ferait refluer en partie dans ce diverticulum, et la tumeur s'affaisserait. Or rien de semblable n'a lieu; le kyste conserve toujours son même volume et une consistance uniforme.

Par ces motifs, ajoute M. Forget, je crois qu'il s'agit d'un kyste superficiel dont la guérison pourra être obtenue sans trop de peine.

A cette occasion, M. Forget rappelle qu'il y a une dizaine d'années il vit un habitant de Chartres qui portait précisément dans la région thyro-hyoïdienne et à son centre un semblable kyste beaucoup plus volumineux, il était gros comme une petite pomme de reinette; ce kyste fut opéré par incision cruciale: il contenait un liquide albumineux: sa cavité, parfaitement circonscrite, était d'un blanc nacré; on voyait son fond se plisser dans les mouvements de déglutition, par suite des adhérences que ce kyste avait avec la membrane thyro-hyoïdienne. On le cautérisa, et par inflammation et suppuration on obtint la guérison la plus solide au bout de six semaines.

Hypertrophie fibro-gélatineuse de la glande mammaire.

M. Larrey présente une tumeur volumineuse du sein dont il a pratiqué l'ablation, et dont les caractères anatomo-pathologiques ont été jugés dignes d'intérêt par M. Lebert.

Voici d'abord l'observation sommaire de la maladie.

Mme V..., femme d'un officier, âgée de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, toujours bien réglée et mère de plusieurs enfants, s'aperçoit, dès l'année 1841, de l'existence d'une grosseur développée dans le sein droit, sans aucune cause appréciable, ni violence mécanique, ni influence héréditaire ou autre. Cette grosseur n'offre, du reste, alors qu'un petit volume comparable à celui d'une noisette, et formant une glande au-dessous du mamelon. Il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni chaleur, point d'inflammation, en un mot. Quelques sangsues cependant sont appliquées dès l'apparition de la tumeur, et sans résultat. Elle augmente d'une manière lente, insensible, mais continue, progressive, et acquiert, au bout d'une dizaine d'années, le volume d'une assez grosse orange. La malade nous dit que durant son séjour dans les pays chauds (en Afrique, par exemple, où elle accompagnait son mari), le développement de la tumeur a été plus lent que dans les pays froids.

Vers le mois de novembre 1851, sans cause connue, sans coïncidence de quelque dérangement fonctionnel, soit de la menstruation ou autre, la tumeur acquiert une augmentation notable, et fait ensuite des progrès incessants ; mais elle ne détermine jamais de douleur, si ce n'est quelques rares et vagues élancements à l'époque des règles qui, ne cessant point de reparaître à époques fixes, deviennent un peu moins abondantes.

La malade vient me consulter à cette époque, en me priant de l'opérer si tout autre traitement ne lui offre pas de chances assez certaines de guérison, quoiqu'elle n'ait à peu près rien fait jusqu'ici pour y parvenir.

La totalité de la mamelle droite se trouve alors transformée en une tumeur hémisphérique d'un volume considérable, pendante et retombant par son poids sur la région inférieure de la poitrine, offrant quelques inégalités ou bosselures à sa surface, sans autre altération de la peau qu'un amincissement par distension et une dilatation des veines superficielles.

Cette tumeur, assez mobile dans sa totalité, l'est davantage à sa partie inférieure et interne ; elle est molle, dépressible dans plusieurs points, où elle donne au toucher la sensation d'une fausse fluctuation ; elle présente partout ailleurs une consistance ferme, résistante et quelques bosselures. Elle fournit enfin, à la mensuration : selon sa demi-circonférence transverse, 33 centimètres, et selon la base de sa circonférence totale, 57 centimètres.

Il n'existe point d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle correspondante, ni au voisinage de la clavicule.

On remarque seulement à la région latérale droite du cou, sur le trajet du muscle sterno-cléido-mastoïdien et vers le niveau du lobule de l'oreille, une tumeur isolée du volume d'une noix, de consistance mollasse, ayant toute l'apparence d'un kyste graisseux, et développée pour ainsi dire à l'insu de la malade, sans aucun rapport avec la tumeur de la mamelle.

D'après l'appréciation de ses caractères, et eu égard aux bonnes conditions de santé de Mme V..., il me semble qu'elle est affectée seulement d'une hypertrophie du sein ou d'une mammite chronique avec ramollissement partiel, mais non dégénérescence de la glande mammaire.

C'est pourquoi aucune médication ne semble spécialement indiquée, si ce n'est l'ensemble des soins hygiéniques favorables à l'ablation de la tumeur.

Le 15 mai enfin, avec l'aide de MM. les docteurs Edme et Muller, du Val-de-Grâce, je procède à l'opération, ajournée jusque-là à cause de la mauvaise saison, et instamment réclamée par la malade. Une double incision semi-elliptique circonscrit la tumeur dans une direction transversale ; l'énucléation partielle n'empêchant pas la dissection de pénétrer profondément, l'aponévrose du grand pectoral et quelques fibres de ce muscle sont enlevées avec la tumeur. Les deux branches de la thoracique longue et un rameau de la thoracique courte sont liés, et les lèvres de la plaie, rapprochées dans une direction oblique en bas et en dehors, sont réunies dans la moitié supérieure par trois points de suture entortillée. Un pansement simple garni de ouate et maintenu par une bande complète l'appareil.

La position fléchie du bras, le repos et les soins convenables

préviennent tout accident primitif, et dès les premiers jours la malade se trouve dans les conditions les plus satisfaisantes.

La tumeur, examinée aussitôt après l'opération, pèse 1 kilo 730 grammes; elle est essentiellement formée de plusieurs masses de tissu fibro-colloïde, paraissant enkystées, et susceptibles de s'isoler les unes des autres par la dissection. Quelques-uns de ces kystes contiennent seulement de la matière gélatiniforme, et l'un d'eux, ouvert au moment de l'opération, a laissé échapper une certaine quantité de cette matière à l'état liquide : de là, sans doute, la sensation de fluctuation perçue auparavant.

Quant à l'examen anatomo-microscopique de cette tumeur, il ne pouvait être mieux fait, ajoute M. Larrey, que par notre honorable collègue M. Lebert, et je le prie de vouloir bien en rendre compte à la Société.

M. Lebert. La tumeur a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme; la peau qui la recouvre est intacte, mais considérablement bombée par la saillie et les bosselures de la tumeur sous-jacente. Le mamelon est dans son état normal, non fixé par des adhérences.

Il est facile de disséquer la tumeur de tous les côtés, et même les connexions ordinaires qui existent entre les conduits galactophores et le mamelon sont réduites à quelques filaments celluleux. La couche de tissu cellulo-adipeux qui entoure à l'état normal la glande en est plus facilement et plus complétement séparée par la dissection qu'à l'état normal. A la circonférence antérieure, la couche de tissu cellulaire sous cutané est très épaisse, dépassant 1 centimètre.

La tumeur, complétement énucléée, est entourée d'une membrane cellulo-vasculaire, lisse, luisante, d'un gris-jaunâtre, rosé par places, n'offrant nulle part, du reste, une vascularité très riche. Déjà, à travers cette enveloppe encore intacte, on peut saisir le caractère incomplétement transparent du tissu de la tumeur. Sa consistance est ferme et élastique, sa surface est largement bosselée et lobulée, et bien que de dimensions inégales, cette configuration rappelle les grandes divisions de la glande mammaire; quelques-unes sont séparées de celles qui les avoisinent par des scissures assez profondes remplies de tissu cellulaire lâche.

Lorsqu'on fend la tumeur dans son plus grand diamètre, on voit

que les divisions, en apparence peu nombreuses à la surface, son bien plus multipliées dans l'intérieur; en sorte qu'elles rappellent non-seulement les lobes, mais aussi les petites lobules de la glande. Quelques-uns de ces divisions dépassent à peine le volume d'une noix aveline ou d'un petit harlcot, même d'un petit pois.

On rencontre dans quelques divisions une vascularité plus dense et même par-ci par-là de petits épanchements sanguins. On trouve également disséminées dans toute la substance de petites collections de liquides, qui, au premier abord, paraissent être des kystes clos ; mais qui, examinées de plus près, ne sont que des kystes lacuneux situés dans l'interstice et sous la membrane d'enveloppe des lobules, et constitués par un liquide transparent et gluant. Le tissu de la tumeur offre partout une teinte d'nn gris jaunâtre ou d'un jaune pâle d'un aspect luisant, d'une demi-transparence gélatiniforme. Par la pression on en fait sortir une quantité assez considérable d'un suc abondant et gluant tout à fait transparent, ayant le caractère de celui que l'on trouve dans les kystes lacuneux.

En examinant le tissu de la tumeur pris dans un graud nombre de points, avec le microscope, on ne trouve point de culs-de-sac glandulaires; cependant on voit un certain nombre de cellules pâles, à petits noyaux, que l'on pourrait prendre au premier abord pour des épithéliums; mais lorsqu'on tient compte de ce que l'on trouve tous les passages entre ces cellules des corps fusiformes et des fibres, on peut se convaincre bientôt qu'il s'agit d'éléments fibro-plastiques. En effet, la plus grande masse de la tumeur est composée d'éléments fibreux, pâles, fins, pas très étroitement juxtaposés, séparés par une substance intermédiaire demi-transparente et finement grenue. Les éléments fibro-plastiques existent proportionnellement en petite quantité. Absence complète d'éléments cancéreux, absence enfin de tout élément gras.

En résumé, nous avons donc affaire à une hypertrophie fibro-gélatineuse de toute la glande mammaire, et non à une tumeur fibreuse ou fibro-plastique de nouvelle formation; car, dans ce dernier cas, nous aurions retrouvé la glande mammaire comprimée et atrophiée à la surface de la tumeur.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 26 mai 1852.

Présidence de M. Larrey.

Correspondance.

M. Dauvergne adresse les travaux suivants :

1° *Du traitement de la dartre squameuse humide ;*

2° *Dogmatisme pratique au sujet des maladies dartreuses en particulier ;*

3° *Synthèse pathologico-thérapeutique.*

Ces mémoires sont renvoyés à la commission chargée d'examiner le travail de M. Dauvergne.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis.

M. Huguier, en présentant le malade dont l'observation suit, rappelle que M. Demarquay, dans son mémoire sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, a parlé de cette maladie.

Tamisier, âgé de trente-neuf ans, demeurant à Neuilly, place de la Mairie, est atteint d'une hernie inguinale droite, pour laquelle il porte un bandage depuis deux ans. Il a depuis dix-huit ans un varicocèle. On trouve à la verge, au niveau de la base du gland, une couronne de vaisseaux transparents, durs, tortueux, de 3 ou 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux paraissent naître vers le frein du prépuce, contournent le gland, gagnent, en grossissant, sa face dorsale, d'où on en voit partir trois ou quatre un peu plus petits, mais aussi durs et aussi tortueux, et se dirigeant vers la racine de la verge; ils paraissent s'enfoncer dans les tissus fibreux de l'enveloppe de cet organe. On remarque que la muqueuse, ainsi que les vaisseaux veineux, glissent avec facilité sur les conduits déjà décrits, qui semblent être formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

La certitude du fait est donnée par M. Huguier, qui fait, avec une lancette, une ponction aux vaisseaux lymphatiques dilatés ;

ces derniers s'affaissent en laissant écouler un liquide terne à peu près incolore.

M. Huguier demande quel traitement il convient d'appliquer à cette petite maladie.

M. Demarquay rappelle que, dans un cas analogue, M. Beau a obtenu la guérison en passant un petit séton au centre du lymphatique dilaté. Ce séton, laissé en place seulement quelques instants, a suffi pour amener une inflammation oblitérante. Je ferai une observation quant à la coloration du liquide qui s'est écoulé par la ponction. Je l'ai trouvé moins lactescent que celui que j'ai si souvent recueilli par la rupture des varices lymphatiques que j'ai observées.

Atrophie et paralysie musculaire à la suite d'une plaie par arme à feu.

M. Boinet présente un malade qui, dans les journées de décembre 1851, reçut une balle dans la région gauche du cou. Les plaies faites par le coup de feu sont guéries; mais il est résulté de cette blessure un amaigrissement de l'épaule gauche, dû probablement à la lésion des nerfs qui servent à la formation du plexus brachial, et d'où émane le nerf circonflexe. Par suite de la paralysie du deltoïde et des autres muscles de l'épaule, qui sont également atrophiés, la saillie de la tête de l'humérus est très prononcée, et pourrait laisser croire, à la simple vue et en examinant légèrement le malade, qu'il a un déplacement de la tête humérale ; ce qui, en effet, a été admis par quelques médecins qui ont examiné ce malade. Il est bien évident que ce déplacement n'est qu'apparent, et que la saillie de la tête humérale ne paraît si prononcée que parce que les parties molles sont considérablement diminuées de volume, atrophiées. M. Boinet pense que, dans ce cas, l'électricité pourrait avoir quelque avantage, et consulte la Société pour savoir quels moyens thérapeutiques il devra employer dans ce cas.

M. Debout rappelle que le malade observé par M. Gosselin, dont l'histoire a été donnée par M. Empis dans sa thèse et qui était affecté d'une paralysie avec atrophie musculaire d'un bras à la suite d'une luxation de l'épaule, est actuellement en voie de guérison. Sous l'influence de la galvanisation, M. Duchenne a en quelque sorte refait les muscles atrophiés, et c'est après cette reconstitution que les muscles reprirent leur action.

Deux exemples d'arrachement d'un orteil et d'un doigt avec entraînement des tendons et d'une partie des fibres charnues de leurs muscles.

M. Dehrou, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, présente sous ce titre les deux observations suivantes :

Obs. I. — Le premier exemple a pour sujet un homme qui, descendant de cheval à une porte où il devait s'arrêter, mit d'abord un pied à terre pendant qu'il dégageait le pied gauche de l'étrier ; le cheval appuya son sabot sur le bout du gros orteil du pied droit, qui était déjà posé sur le sol. Le premier mouvement de l'homme, une fois que son pied gauche fut dégagé, fut de retirer fortement le pied droit qui était comprimé par le cheval, au lieu de chercher à faire changer celui-ci de place. Pendant le mouvement brusque et très fort ainsi opéré, le cheval ne lâcha point prise, et il résulta de cette double circonstance : d'une part, une extension énergique faite par la jambe de l'homme, et, d'autre part, une contre-extension faite par la pression du sabot du cheval. L'orteil se rompit sous ces deux efforts dirigés en sens inverse, et la séparation eut lieu au niveau de l'articulation des deux phalanges. Au premier instant, l'homme, heureux d'avoir retiré son pied, se crut quitte pour peu de chose; mais, en voulant marcher, il se sentit blessé, vit du sang sortir, et, regardant alors au pied du cheval, il trouva un bout de son orteil avec des chairs pendantes. Le hasard fit qu'il était à la porte d'un médecin, qu'il venait chercher, M. Malartic, d'Olivet (près Orléans). Ce médecin, dit M. Debrou, recueillit la partie mutilée, qu'il a eu la honté de m'offrir et que je mets sous vos yeux.

En examinant la partie séparée, on voit qu'elle consiste :

1° En la dernière phalange recouverte de tout ce qui l'entoure, ongle et chairs, celles-ci étant coupées par une section nette au niveau de l'articulation des deux phalanges entre elles;

2° En un long tendon, celui du grand fléchisseur propre du gros orteil, qui seul entre les parties molles a échappé à la section, tient encore à la base de la première phalange et a entraîné avec lui une partie des fibres charnues du muscle.

La longueur totale ainsi arrachée avec la phalange est de 0,34, dont 0,21 pour la partie tendineuse et 0,13 pour la partie char-

tue. Pour faire comprendre cette disposition, qui semble au premier abord contraire à la disposition naturelle du muscle, puisque celui-ci, à l'inspection sur le cadavre, n'offre un tendon libre que dans l'étendue de quelques centimètres, je rappellerai qu'une partie du tendon est cachée par les fibres charnues et remonte assez haut à la jambe, et qu'elle a été arrachée ici avec l'épanouissement aponévrotique qui lui sert d'origine.

La plaie de l'orteil donna peu de sang et fut pansée à plat, parce qu'il n'y avait pas de lambeaux de chairs capables de recouvrir sa surface. Elle fut trois semaines à se cicatriser. Il n'y eut point d'abcès, ni d'autre accident notable. Le malade conserva assez longtemps une douleur en arrière de la jambe, dans sa moitié inférieure et le long de son bord interne. Cette douleur gêna d'abord la marche, qui finit cependant par s'établir d'une manière complète. Je n'ai point vu moi-même le blessé et n'ai pas pu constater l'état des parties; mais je tiens de M. Malartic qu'au bout de deux mois il marchait très librement.

Obs. II. — Chez mon second blessé, ce fut le doigt indicateur de la main droite qui fut arraché avec ses tendons, et l'accident arriva de la manière suivante :

L'homme (Isidore Pointereau, fort et vigoureux, âgé de quarante-deux ans) s'arrêtait dans une auberge d'Orléans avec son cheval et sa voiture, lorsque celui-ci eut peur et se mit à ruer. Pour le maintenir, Pointereau voulut prendre la bride de la main droite. Le cheval alors saisit entre ses dents trois doigts de cette main et s'enlève en tenant le malheureux homme comme suspendu en l'air. Celui-ci fit des efforts pour dégager ses doigts, parvint à retirer le médius et l'annulaire de la bouche du cheval, mais l'indicateur resta engagé et se rompit un peu au-dessous de l'extrémité métacarpienne de la première phalange. Dans le premier instant, le blessé ne s'aperçut point de sa mutilation, et, exaspéré par la colère, il se mit à corriger le cheval, sur lequel il cassa le bâton de son fouet en le tenant de la main mutilée elle-même. Ce ne fut qu'un peu après qu'il eut le sentiment de sa blessure. Le doigt fut ramassé, et le malade vint à notre hôpital, où il nous le présenta le lendemain. Je le mets sous vos yeux, comme je l'ai fait pour l'orteil du premier malade.

On voit, en l'examinant, que le doigt entier a été arraché près

de l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange est brisée et éclatée en plusieurs esquilles. Toutes les parties molles sont circulairement et nettement coupées, à l'exception de deux tendons, celui de l'extenseur propre et celui du fléchisseur commun et profond. Tous les deux sont arrachés dans une longueur à peu près égale de 0,28, et sont accompagnés d'une portion charnue, le second surtout, sur lequel on reconnaît même l'insertion déchirée du lombrical correspondant.

Il n'y eut point d'hémorrhagie. La plaie fut recouverte de bandelettes agglutinatives, après que l'on eut retranché quelques esquilles faites par la brisure de l'os. L'extrémité supérieure de celui-ci (qui était la première phalange) fut d'ailleurs laissée dans son articulation avec le métacarpien.

Il survint quelques accidents : d'abord une bronchite intense qui fut accompagnée de fièvre. Puis le poignet, du côté de l'éminence thénar, l'avant-bras et un peu le bras se tuméfièrent. Des sangsues furent appliquées. Néanmoins il se forma deux abcès qui furent ouverts l'un dans la paume de la main, en dedans du pouce, l'autre au bas et sur le côté interne de l'avant-bras. Des bains et des cataplasmes achevèrent le traitement. Entré à l'hôpital le 24 novembre 1851, le malade en sortit le 8 janvier 1852, conservant encore un peu de gonflement dans la paume de la main, mais ayant sa plaie cicatrisée.

— Des faits semblables à ceux que je viens de rapporter sont assez rares pour qu'il m'ait paru utile de vous les présenter; mais je me hâte de dire qu'ils ne sont pas uniques. Le tome II des *Mémoires des l'Académie de chirurgie* en renferme à lui seul huit exemples, dont sept ont été rassemblés par Morand. Dans tous les cas, il s'agissait de doigts de la main, principalement le pouce ou l'index, qui avaient été arrachés avec leurs tendons dans une grande longueur.

Morand remarque, d'après les faits eux-mêmes, que le danger de ces sortes de plaies n'est pas en général très grand. Il expose avec habileté le mécanisme de l'arrachement des tendons, donne plusieurs figures concernant les pièces anatomiques qu'il a vues, et semble même indiquer qu'il aurait fait des expériences sur le cadavre pour reproduire artificiellement la lésion qu'il décrit. Après lui, il n'y a donc pas grand'chose ou rien à faire, et si je n'ai pas

voulu laisser perdre les deux observations que j'ai l'honneur de vous présenter, c'est qu'il m'a paru que les recueils de nos jours, qui enregistrent cependant tant de choses, sont très peu riches en faits de ce genre.

Je me bornerai à rapporter très brièvement les tentatives que j'ai faites moi-même pour opérer l'arrachement des tendons sur le cadavre. Le résultat est assez facile à obtenir, pourvu que l'on se place dans les conditions où se sont trouvés les blessés, c'est-à-dire si l'on coupe soigneusement toutes les parties qui enveloppent une phalange, à l'exception des tendons. Au moyen d'une traction forte opérée sur le doigt à l'aide d'une corde, on arrache ainsi assez facilement les tendons extenseurs et fléchisseurs dans une grande étendue et avec des fibres charnues. Ce qui est le plus important à constater, c'est l'état de la partie d'où les tendons ont été arrachés. Pour en donner une idée exacte, je rapporterai comme il suit ce que j'ai observé au pied et à la jambe, après un arrachement du gros orteil accompagné de son tendon grand fléchisseur.

A la région plantaire on ne voyait aucun désordre. Le tendon manquait seulement dans la coulisse étendue qui lui donne passage et qui était vide sans être dechirée. Au-dessus du calcanéum existait un renflement charnu long de 4 à 5 centimètres, et assez fort, sorte de bourrelet ou de peloton situé sur le bord interne du tendon d'Achille, et qui était formé par un tassement et une agglomération des fibres charnues, lesquelles, entraînées en bas avec le tendon, n'avaient pas pu s'engager avec lui dans la coulisse. Cette disposition est due à ce que le muscle grand fléchisseur du gros orteil a un ventre de fibres assez considérable immédiatement au-dessus de la coulisse calcanienne. Si au milieu des fibres charnues ainsi agglomérées on cherchait le tendon qu'elles recouvrent et cachent à l'état ordinaire, on le trouvait absent, et à sa place était une gouttière capable d'admettre aisément un gros tuyau de plume. Cette gouttière se prolongeait de bas en haut, en diminuant de calibre jusque vers le milieu de la jambe, et se continuait par une gaîne plus étroite presque jusqu'à l'attache supérieure du muscle au péronée. Cette gouttière et cette gaîne marquaient la place laissée vide par le tendon arraché ou par l'aponévrose qui sert d'origine au tendon, laquelle aponévrose avait été entraînée avec lui.

Tout le long de la coulisse ainsi formée, les fibres charnues étaient déchirées régulièrement et s'inclinaient en bas, où les plus inférieures donnaient lieu au bourrelet dont j'ai parlé ci-dessus.

Je constatai en outre une déchirure au tendon du long fléchisseur commun des orteils et un arrachement des deux faisceaux tendineux qu'envoie ce muscle aux deuxième et troisième orteils. Cette circonstance résulte d'une disposition anatomique que je n'ai pas besoin de rappeler ici, et en vertu de laquelle le tendon fléchisseur propre envoie au tendon fléchisseur commun un gros faisceau qui se fond avec lui, et va fournir ensuite aux deuxième et troisième orteils. Et il en suit cette conséquence, que l'arrachement opéré sur le gros orteil endommage aussi le second et le troisième.

Cette description me dispense de rapporter ce qui arrive à la main et à l'avant-bras dans l'arrachement d'un doigt. La différence principale consiste en ce qu'il n'y a point de bourrelet charnu au niveau du poignet. Les tendons et leur épanouissement aponévrotique glissent facilement dans les coulisses de cette région avec une partie des fibres charnues, parce que les muscles ici sont régulièrement fusiformes.

M. Robert. Aux deux faits signalés par M. Debrou d'arrachement de doigts avec leurs tendons et aux sept de Morand, il faut encore ajouter les deux qui me sont propres et celui qui a été observé par M. Cloquet à l'hôpital Saint-Louis. Il résulte de mes observations et de celles qui ont été faites avant moi que ces arrachements de doigts avec leurs tendons ne sont pas bien graves. Les deux malades que j'ai vus ont parfaitement guéri; ceux de Morand, de MM. Cloquet et Debrou ont été aussi heureux. Un de mes malades a éprouvé un peu de trismus, mais sans suites graves.

M. Marjolin. J'ai donné des soins à un malade qui avait éprouvé le même accident. Cet homme, qui exerce la profession de tourneur sur métaux, a eu un doigt indicateur arraché sans que l'on puisse bien se rendre compte du mécanisme de l'accident. Dans ce cas, les choses ne se passèrent point comme chez les malades observés par mes prédécesseurs ; il survint en effet des abcès, des hémorrhagies, et le malade ne guérit qu'après avoir couru les plus graves dangers.

M. Giraldès a vu, l'année dernière, à Saint-Louis, un malade dont le pouce avait été arraché par un enroulement dans une mé-

canique ; il y eut une section au niveau de la première phalange et du métacarpien.

M. Maisonneuve. Le premier fait rapporté par M. Debrou est bien curieux, car il démontre que l'arrachement a été le résultat des contractions musculaires faites par le malade lui-même pour soustraire son pied à la pression du cheval. Dans ce cas, il y a donc eu rupture d'un muscle en contraction.

M. Gerdy constate, comme M. Robert, le peu de gravité de ces arrachements de doigts ; mais cette remarque peut s'appliquer également aux autres lésions du même genre.

M. Huguier a eu occasion d'observer deux malades qui avaient éprouvé des arrachements de doigts. L'un avait eu l'indicateur arraché par un cheval, l'autre le médius et l'annulaire arrachés par une mécanique ; dans ce dernier cas, il survint des accidents assez sérieux.

M. Denonvilliers demande à M. Debrou de déposer au musée Dupuytren les deux doigts qu'il vient de présenter, afin qu'ils soient observés par ceux qui voudraient faire l'histoire de ces arrachements. Il ne doute pas que le pouce du premier malade de M. Debrou n'ait été arraché par le fait de la contraction musculaire ; quant au second, il est difficile de dire quelle a été la part de la contraction musculaire.

M. Larrey ajoute aux observations qui viennent d'être produites un fait indiqué par quelques chirurgiens militaires et signalé spécialement par son père (*Clinique chirurgicale*, t. I[er]) chez les cavaliers. Ceux-ci, en conduisant, par exemple, leurs chevaux à l'abreuvoir, ont l'habitude d'enrouler la bride autour d'un ou de plusieurs doigts, et se trouvent ainsi exposés à une traction violente de la main par un mouvement brusque de la tête du cheval ou par un écart; il en résulte que cet effort imprévu exerce sur les doigts une puissance d'autant plus grande que l'action musculaire, surprise pour ainsi dire, reste nulle ou sans résistance. Le doigt cède donc à la force qui l'entraîne, soit par une traction directe, soit par un mouvement de torsion simultanée ; il est rompu, arraché, tantôt près d'une articulation, tantôt et plus souvent dans une articulation même. Un ou plusieurs tendons peuvent se rompre ainsi, soit vers le niveau de la plaie, soit à distance et assez loin jusque dans la portion charnue du muscle ou au niveau de la jonc-

tion tendineuse. C'est ce que démontrent quelques-uns des cas cités.

M. Larrey termine la discussion en annonçant qu'il présentera, dans la prochaine séance, une pièce pathologique du même genre qu'il a donnée au musée du Val-de-Grâce.

M. Gosselin fait observer que l'un des tendons fléchisseurs du doigt (le profond) a été rompu à une grande distance de la plaie, l'autre (celui du fléchisseur sublime) l'a été au niveau même de la blessure. Cette disposition s'explique sans doute par cette circonstance, que le tendon du sublime saisi au niveau même de la boutonnière qu'il fournit au profond, et divisé en ce point en deux languettes, a dû offrir moins de résistance que le tendon du profond formant un cordon volumineux, non divisé.

M. Gosselin demande si, dans les cas d'arrachements de doigt, on a vu ainsi l'un des tendons fléchisseurs déchiré à une plus grande hauteur que l'autre, et pense qu'il serait curieux de rechercher lequel s'est le plus souvent rompu à une grande distance de la plaie.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 2 juin 1852.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

1° M. le président a reçu pour la Société et par l'intermédiaire de M. Birkett, membre du Collège des chirurgiens de Londres, la collection de *Guy's hospital reports* en 24 volumes.

M. Birkett a joint à cet envoi un ouvrage de lui sur les maladies du sein : *The diseases of the Breast, and their treatment.*

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Birkett, et M. Giraldès fera un rapport verbal sur cet envoi.

2° M. Ferdinand Martin, à propos de la communication de M. Debrou, adresse une note dans laquelle il consigne une observation d'arrachement de la main. Il s'agit d'un capitaine de navire qui, voyant sa main prise dans un engrenage, fit un effort sublime

et s'arracha la main. Il ne survint point d'hémorrhagie sérieuse; le blessé put faire un assez long trajet sans éprouver d'accidents notables.

Tumeur de l'os maxillaire supérieur.

M. le professeur ROUX met sous les yeux de la Société un maxillaire gauche qu'il a enlevé depuis peu de jours sur une femme de la province, qui est venue à Paris, dans son service, pour se faire opérer. En présentant cette pièce, M. Roux rappelle qu'il y a quelques mois il a pratiqué plusieurs opérations du même genre, et cherche à différencier le cancer du maxillaire supérieur du fongus développé au centre de l'os aux dépens de la membrane muqueuse du sinus. Cette tumeur avait donné un volume considérable au maxillaire, aminci l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'os malaire; aussi ces os se laissèrent-ils couper avec grande facilité par la pince de Liston. M. Lebert a examiné ce fongus et n'a trouvé aucun élément cancéreux. La tumeur était donc réellement formée aux dépens des éléments de la membrane qui tapisse le sinus.

M. GOSSELIN. Le praticien est souvent embarrassé de déterminer le moment où il va faire une ablation du maxillaire supérieur, s'il a affaire à un ostéosarcome ou à un fongus. Je crois cependant qu'il est un signe d'une certaine valeur et qu'il importe de mentionner : je veux parler de l'ébranlement des dents; celles-ci sont toujours ébranlées promptement dans le cancer, tandis que cet ébranlement est rare et tardif dans les tumeurs fongueuses du sinus maxillaire.

M. LENOIR. Il y a un grand danger à généraliser un fait comme celui de M. Gosselin, car on observe assez souvent l'intégrité des dents et du voile du palais avec un cancer du maxillaire supérieur. Cela dépend surtout du siége. Ainsi que le cancer se développe dans la partie supérieure de l'os, et l'ébranlement des dents sera tardif. Le phénomène inverse aura lieu si le cancer débute dans le bord alvéolaire. J'ai eu récemment l'occasion d'opérer un malade d'un cancer du maxillaire supérieur sans ébranlement des dents. Deux récidives ont amené la mort du malade.

M. GOSSELIN. Je n'ai point voulu dire que tout cancer amène un ébranlement des dents : ma pensée est qu'une tumeur développée

au centre du maxillaire supérieur, qui envoie des ramifications dans diverses directions et qui n'ébranle pas les dents, est probablement une tumeur fongueuse. J'ai vu ce matin M. Michon enlever une tumeur présentant tous les caractères que j'indique, et cette tumeur était un enchondrome.

M. Marjolin trouve l'opinion de M. Gosselin trop absolue : les dents peuvent être ébranlées par des tumeurs de diverses natures développées au centre du maxillaire supérieur. Une tumeur strumeuse de cet os, qu'il a eu occasion d'observer, avait amené l'ébranlement des dents. Il suffit d'une inflammation communiquée à l'alvéole pour donner ce résultat.

Nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale.

Les fistules vésico-vaginales décrites jusqu'à ce jour, dit M. Huguier, se rapportent à trois catégories : les vésico-utérines, les vésico-vaginales et les urétro-vaginales. J'ai actuellement dans mon service une femme qui présente une nouvelle espèce de fistule vésico-vaginale. Cette femme, à la suite d'un accouchement par le siége, a éprouvé l'accident que nous venons de signaler. La vessie a été complétement détachée de la symphyse pubienne, de telle sorte que le doigt introduit dans le vagin sent la symphyse dans toute son étendue et trouve une portion du col vésical portée en haut et en arrière. La vessie est atrophiée et revenue sur elle-même ; je me demande quel traitement, autre que l'oblitération vaginale, peut être applicable à ce fait.

M. le professeur Lallemand, récemment nommé membre honoraire, prend la parole et dit qu'il est bien difficile de formuler un traitement à propos d'une maladie que l'on n'a pas vue. Il doute néanmoins que l'oblitération puisse réussir.

M. Vidal. La possibilité d'oblitérer le vagin est un fait actuellement acquis à la science. L'observation que j'ai fait connaître dans le temps, tout incomplète qu'elle est, démontre que la chose est possible. M. Maisonneuve nous a de plus montré ici un vagin oblitéré. Quant au danger de péritonite par le passage de l'utérus dans le péritoine, je n'ai rien vu de semblable. La femme que j'ai observée pouvait rendre ses urines et ses règles. Par conséquent la crainte de voir se former des calculs dans le cul-de-sac vaginal est aussi chimérique que la première.

Paralysies traumatiques localisées.

M. Debout lit un mémoire sur les paralysies traumatiques localisées et sur leur traitement par l'emploi de l'électricité.

Dans l'évolution du phénomène morbide qui constitue la paralysie, il est deux périodes, dit M. Debout, qui, au point de vue des indications curatives, doivent être nettement distinguées.

Dans la première période, la perte du mouvement volontaire est le symptôme d'une lésion des centres et des cordons nerveux; mais dans les cas où la paralysie survit à la cicatrisation de la lésion anatomique du système nerveux qui l'a provoquée, elle devient alors une maladie distincte, essentielle.

La paralysie, localisée alors dans la perte des propriétés vitales des muscles, réclame pour son traitement l'intervention de moyens curatifs spéciaux, en tête desquels doit figurer l'électricité.

L'existence de la paralysie comme maladie essentielle suppose toujours la guérison de la lésion qui l'a déterminée, c'est-à-dire le retour de l'organe lésé à des conditions anatomiques telles qu'il puisse remplir les fonctions qui lui sont dévolues. C'est pour mieux différencier cette seconde période de l'évolution morbide que M. Debout propose de la désigner sous le nom de *paralysie localisée.*

Les paralysies traumatiques reconnaissent trois sources principales :

1° La lésion des centres nerveux;

2° Celle des nerfs;

3° Enfin celle du tissu musculaire.

M. Debout examine successivement les effets des violences extérieures sur chacun de ces systèmes, et indique celles des propriétés vitales lésées dans chacun de ces cas.

La contractilité volontaire n'est pas, en effet, toujours la seule atteinte; l'irritabilité hallérienne et la contractilité tonique des muscles ou la tonicité du tissu de Bichat peuvent être affectées aussi. Les modifications que subissent ces propriétés pouvant fournir des données précieuses pour l'étude et le traitement de ces paralysies, M. Debout jette un coup d'œil sur les lésions de chacune d'entre elles dans les diverses paralysies traumatiques. Ainsi, il montre, par des faits observés dans les services de plusieurs des membres de la Société, que la contractilité est seule atteinte dans les cas où

le tissu cérébral est intéressé; tandis que, dans ceux où la violence extérieure altère la texture anatomique des cordons nerveux, l'irritabilité musculaire disparaît toujours, puis quelquefois la contractilité tonique. Enfin, sous l'influence de l'altération profonde du tissu des nerfs, la vie végétative des muscles est atteinte à son tour; les membres se refroidissent alors; souvent ils s'infiltrent, et toujours maigrissent et s'atrophient.

M. Debout apprécie ensuite les résultats que ces données pathologiques fournissent pour le diagnostic et le pronostic des paralysies traumatiques.

Diagnostic. — Dans les paralysies dues à une lésion cérébrale, les muscles conservent leur contractilité électrique intacte, tandis que, si la lésion d'un nerf mixte a été assez profonde pour atteindre toutes ses fibres, les muscles qui reçoivent des filets de ce nerf perdent toute leur contractilité et ne se contractent plus sous l'influence du courant électrique. M. Debout, à l'appui de cette proposition, cite l'observation de deux malades chez lesquels la paralysie du membre supérieur s'était manifestée subitement et pendant le sommeil. On pouvait rapporter la perte du mouvement, chez ces deux hommes, à une cause semblable : l'hémorrhagie cérébrale. Mais l'exploration de l'état de la contractilité des muscles paralysés présentait, dans ces deux cas, une différence tranchée. Tandis que l'un des malades avait perdu une plus ou moins grande partie de l'irritabilité des muscles paralysés, l'autre avait conservé intacte cette propriété musculaire. Ce dernier, traité dans le service de M. Bouillaud, était, pour la seconde fois, frappé par une attaque d'apoplexie; tandis que le premier, placé dans le service de M. Nélaton, était atteint d'une diathèse syphilitique ayant provoqué la formation d'une exostose qui comprimait à leur origine les nerfs qui forment les plexus cervical et brachial.

Pronostic. — Pour le traitement des paralysies de cause traumatique, le pronostic ne peut être porté sans la connaissance exacte de l'état électro-musculaire de chacun des muscles paralysés. Pour montrer la valeur de ce diaguostic local, M. Debout cite trois cas de paralysie observés dans le service de M. le professeur Roux, dans lesquels la paralysie du bras était aussi grave en apparence, et qui cependant différaient considérablement entre eux, et par

l'importance fonctionnelle des muscles atteints, et par la durée du traitement nécessaire à leur guérison.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a résumé dans la proposition suivante le pronostic de ces sortes de paralysies :

« La gravité d'une paralysie d'un nerf mixte est en raison directe » de l'affaiblissement de la contractilité électrique des muscles aux- » quels ce nerf conduit l'excitant nerveux. »

Outre les données fournies par le diagnostic local, la marche des phénomènes qui apparaissent pendant le traitement des paralysés n'est pas moins importante. Ainsi, des faits nombreux ont prouvé que le retour de la nutrition des muscles affectés dans leur irritabilité, et même l'exaltation de la sensibilité de la fibre musculaire pendant l'excitation électrique étaient les premières manifestations de la guérison.

La certitude de ces signes est d'autant plus précieuse que leur apparition successive vient soutenir l'espérance du malade et la confiance du praticien dans l'emploi des moyens thérapeutiques.

L'heure avancée force M. Debout à remettre la lecture de la fin de son travail à la prochaine séance.

Arrachement du doigt indicateur.

M. Larrey présente la pièce anatomique dont il a parlé dans la dernière séance, au sujet de l'arrachement des doigts chez les cavaliers. Ce fait date déjà d'une époque éloignée. Ici, c'est la phalangette de l'index de la main droite qui a été arrachée dans son articulation avec la phalangine. Cet appendice digital, plongé dans le liquide, offre au premier aspect l'apparence du pouce; mais examiné hors du vase, il est reconnu pour appartenir à l'extrémité de l'indicateur. La séparation s'est faite si nettement que la peau semble presque sectionnée par une incision circulaire. Le tendon de l'extenseur, rompu au niveau de la surface articulaire, a brisé la crête dorsale, tandis que le tendon du fléchisseur profond, resté adhérent à son insertion digitale et entraîné avec le bout de ce doigt, s'est rompu à grande distance vers le point de jonction des fibres musculaires, qui sont encore appréciables.

L'arrachement avait été produit dans les conditions déjà indiquées par M. Larrey, et n'avait été suivi d'aucun accident notable, comme on l'a remarqué dans des cas du même genre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 9 juin 1852.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

M. Larrey. J'ai reçu de M. Charrière une lettre relative aux mains artificielles fabriquées par lui pour les deux artilleurs que j'ai présentés à l'une des dernières séances. Je ne lui avais d'ailleurs nullement attribué l'invention de ce moyen prothétique ; et c'est à tort que M. F. Martin a paru croire à quelque prétention de la part de M. Charrière à cet égard, en exposant ce qu'il avait fait lui-même sur la prothèse des membres supérieurs.

Cette courte explication suffira sans doute pour empêcher toute réclamation nouvelle sur ce sujet devant la Société de chirurgie.

— M. Duchenne, de Boulogne, adresse une brochure ayant pour titre : *Recherches électro-physiologiques sur les mouvements des muscles de la main.* (M. Debout. Rapport verbal.)

Présentation de malades.

M. Guersant présente un enfant de dix-huit jours qui est venu au monde avec un bec-de-lièvre compliqué de la division de la voûte palatine. Après avoir pratiqué l'avivement et avoir affronté les deux bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée, M. Guersant, pour assurer la réunion et prévenir tout accident, rapprocha les ailes du nez à l'aide d'une serre-fine. Celle-ci fut extraite au bout de quarante-huit heures. Les épingles seulement après trois jours. La réunion du bec-de-lièvre fut complète, et le résultat est très satisfaisant.

Traitement de la paralysie par la galvanisation localisée.

M. Debout continue la lecture de son travavail. Dans cette seconde partie notre collègue traite des paralysies traumatiques par lésion du tissu musculaire. La contusion, la compression, la distension des muscles, peuvent amener leur paralysie ; c'est un fait in-

contestable. Quelle est la part à faire dans la production des phénomènes morbides à la lésion traumatique des troncs nerveux, et celle qu'on peut rapporter à la violence subie par le tissu musculaire? C'est un point que M. Debout discute dans chacun des cas particuliers. Pour preuve que la fibre musculaire est l'élément organique le plus affecté dans ces cas, M. Debout cite la conservation de la contractilité électrique, propriété qui disparaît dès que le tissu du nerf est lésé. M. Debout cite plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir. Enfin, allant chercher une nouvelle preuve dans les faits de paralysie par distension des fibres musculaires, et prenant l'exemple de la paralysie de la vessie dans laquelle le phénomène morbide se montre dans son plus grand état de simplicité, M. Debout croit pouvoir déduire de ces faits que la contractilité volontaire peut être anéantie par la lésion traumatique du tissu musculaire.

M. Lallemand. Je dirai, à l'appui de l'opinion de M. Debout sur les avantages de la galvanisation dans les paralysies de la vessie, suite de distension extrême, que j'ai été assez heureux pour guérir un malade qui avait une paralysie de vessie consécutive à un rétrécissement de l'urètre. Ce rétrécissement ayant cédé à la dilatation, la paralysie vésicale persistait, et elle ne fut vaincue que par la galvanisation.

J'ajouterai, de plus, que tout récemment j'ai été témoin d'une expérience faite par M. Bérard, qui démontre nettement que dans certaines circonstances le tissu musculaire peut conserver sa contractilité, bien que l'action nerveuse ne soit plus mise en jeu par la galvanisation : sur une grenouille tuée par le curare, l'application de l'électricité sur les filets nerveux ne donnait plus lieu à aucune contraction, tandis qu'elle en provoquait appliquée directement sur les muscles.

M. Robert. M. Debout vante beaucoup l'emploi de l'électricité comme agent curatif des lésions du système nerveux. Il le cite comme ayant guéri des paralysies résultant d'épanchement cérébral. Je lui demanderai comment il comprend que l'électricité agit dans ces cas. On sait en effet que, par suite d'une hémorrhagie cérébrale, un certain nombre de fibres nerveuses sont détruites. La guérison ne peut avoir lieu qu'autant qu'une réunion se produira dans les fibres nerveuses divisées ; mais lorsqu'un kyste succède à

ces épanchements, comment l'électricité agit-elle, et quand faut-il l'employer?

M. Debout. M. Robert n'a pas bien suivi la lecture de mon travail. Je ne me suis nullement occupé du côté clinique de la question pour discuter la paralysie comme phénomène pathologique. Répondre à notre collègue, ce serait dépasser les limites de la discussion. Nous y reviendrons prochainement en posant le traitement que réclament ces maladies.

M. Lebert. Je crois que la paralysie succédant à une hémorrhagie cérébrale peut disparaître quoique l'altération matérielle persiste. Le mémoire publié récemment par M. Durand-Fardel ne laisse aucun doute à cet égard. D'ailleurs il y a dans la manière dont guérissent certaines paralysies musculaires bien des phénomènes inexpliqués, et on est forcé d'admettre que dans l'irritabilité musculaire l'action nerveuse est loin d'être l'agent indispensable. Le cœur n'est-il pas en plein mouvement avant qu'on puisse attribuer son action à l'influence nerveuse? Pour conclure de l'influence de la galvanisation sur la curabilité des paralysies qui succèdent aux épanchements cérébraux, il faudrait réunir un grand nombre de faits de même ordre diversement traités, car chacun sait que souvent ces paralysies guérissent d'elles-mêmes.

Sur la grossesse extra-utérine.

M. Danyau lit un rapport sur le mémoire de M. Laborie, à l'appui de sa candidature comme membre titulaire de la Société de chirurgie. Ce mémoire a pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans les cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.*

Anatomie pathologique. — Tumeur du talon.

M. Huguier présente sur ce sujet la pièce intéressante qui suit :

Cette tumeur a une forme semi-lunaire qui embrasse dans sa concavité la face postérieure du calcanéum ; elle est limitée supérieurement au niveau du point où le tendon d'Achille se détache de l'os, inférieurement au niveau de l'insertion de l'aponévrose plantaire ; latéralement elle déborde en dedans et en dehors les faces interne et externe du calcanéum, mais elle laisse parfaitement intacts les tendons et les nerfs qui se rencontrent dans ces régions.

Elle fait à la partie postérieure du pied un relief assez sensible, et dans ce point elle avait déterminé à la peau une ulcération large à travers laquelle elle fait saillie ; la portion ainsi ulcérée est un peu mamelonnée, et a été pendant la vie le siége de plusieurs hémorrhagies. A la partie interne du talon, sur le côté de l'insertion du tendon d'Achille, se trouve une seconde saillie constituée par la tumeur qui a aminci la peau ; mais, dans ce dernier point, il n'existe pas encore d'ulcération.

Après dissection, sans être enkystée, cette tumeur nous a paru avoir des limites bien précises. L'aspect tout particulier qu'elle présente permet d'établir d'une manière très nette la ligne de distinction du tissu sain et du tissu morbide.

M. Houel. Cette pièce peut être rapprochée d'une autre à peu près analogue déposée dans le musée Dupuytren et observée dans le service de M. Velpeau. Il y a cependant une différence importante : c'est que, dans le cas de M. Velpeau, le produit morbide naît du calcanéum lui-même, tandis qu'ici le produit enveloppe le calcanéum. Je crois, ajoute M. Houel, que cette tumeur est purement fibreuse. Un examen ultérieur a démontré à notre collègue que telle était la nature de ce produit morbide.

Arrachement de doigts.

M. Nélaton présente deux pièces analogues à celles qui ont été présentées par M. Debrou. Ce sont deux pouces arrachés par des morsures de chevaux. Sur l'une de ces pièces, indépendamment du tendon qui a été arraché, on constate qu'un des nerfs collatéraux a subi le même sort. Ces deux pièces ont été adressées à M. Nélaton par des médecins de province. L'une a été recueillie par M. de Lignerolles. Les deux malades ont guéri sans accident.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Séance du 16 *juin* 1852.

Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le docteur Sestier fait hommage à la Société de son *Traité de*

l'angine laryngée œdémateuse. (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.)

M. le docteur Notta, ex-interne des hôpitaux, médecin à Lisieux, adresse à la Société de chirurgie, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail accompagné de pièces anatomiques et ayant pour titre : *Mémoire sur la cicatrisation des artères et sur le procédé de ligature qui expose le moins aux hémorrhagies consécutives.* (Commission : MM. Nélaton, Houel, Demarquay, rapporteur.)

Nomination.

L'ordre du jour appelle la discussion relative au rapport de M. Danyau sur le mémoire de M. Laborie ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans un cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois avec persistance de la vie de l'enfant.* Dans ce travail, M. Laborie avait proposé, en s'appuyant sur des raisons physiologiques, de faire la gastrotomie au septième mois. Afin de sauver la mère et l'enfant, M. Danyau, après avoir combattu dans son rapport l'opinion de M. Laborie par le raisonnement et l'exposition d'un certain nombre de faits, conclut que dans les grossesses abdominales bien constatées le chirurgien ne peut tenter une pareille opération qu'au terme même de la grossesse.

Après une courte discussion sur les idées nouvelles émises par M. Laborie, à laquelle MM. Lenoir, Robert, Forget et Danyau, rapporteur, prennent part, le travail de M. Laborie et le rapport de M. Danyau sont renvoyés au comité de publication, et M. Laborie est nommé membre titulaire de la Société.

Rapports.

M. Gosselin fait un rapport verbal sur la thèse de M. Beylard, ayant pour titre : *Du rachitisme, de la friabilité des os et de l'ostéomalacie.* Dans cette thèse, remarquable à plusieurs titres, ajoute M. Gosselin, l'auteur a surtout cherché à démontrer l'identité des trois maladies que nous venons de mentionner ; en cela, il a suivi l'exemple de son maître M. Trousseau. Cette thèse se compose de deux parties, du texte et des planches. Aucun sacrifice n'a coûté à M. Beylard pour arriver à la démonstration de son idée ; des recherches historiques nombreuses ont été faites ; les faits épars dans

la science ont été recueillis et groupés dans divers chapitres. L'étiologie de ces trois affections, considérées jusqu'à ce jour comme différentes, a été étudiée avec soin et l'auteur cherche à démontrer qu'une seule et même cause les produit, à savoir: le défaut d'hygiène, une nourriture mauvaise et insuffisante, la privation d'air, etc. L'anatomie pathologique du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la friabilité a été faite avec grand soin sur des pièces assez nombreuses. Le microscope a aussi été invoqué comme moyen confirmatif des idées de l'auteur. La conséquence clinique de l'identité que l'auteur cherche à établir entre les trois maladies que nous venons de signaler, c'est que l'ostéomalacie et la friabilité des os ne sont que le rachitisme des adultes ; ces deux affections doivent être traitées, comme le rachitisme des enfants, par l'huile de foie de morue.

M. Boinet. Je ferai observer que des influences autres que les influences hygiéniques peuvent produire l'ostéomalacie; j'ai vu à Saint-Louis, dans le service de M. Gerdy, un jeune homme affecté d'ostéomalacie, et qui s'était toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiénique.

— M. Gosselin fait un autre rapport verbal sur la thèse de M. Hattier, interne des hôpitaux de Paris, intitulée : *De l'arthrocace sénile.*

L'auteur de cette thèse, dit M. Gosselin, fait une description générale de l'arthrocace sénile ; il étudie l'altération des os, des cartilages et des synoviales, fait remarquer en passant l'analogie qu'il y a entre cette maladie et le ramollissement des os, et se demande s'il ne serait pas convenable d'appeler cette maladie le rachitisme des vieillards.

Après cette description générale de l'arthrocace sénile, M. Hattier fait l'histoire de chaque arthrocace en particulier. Une observation de l'auteur du travail que nous analysons, ajoute M. Gosselin, nous a frappé ; c'est celle-ci : Suivant lui, le point de départ de toute arthrocace sénile n'est point ou la synoviale, ou le cartilage, comme l'ont cru les personnes qui se sont occupées de la même maladie sous le nom d'arthrite sèche, mais l'extrémité des os ; il en cite pour preuve des pièces anatomiques sur lesquelles on pouvait étudier l'arthrocace sénile, et dont les cartilages et la synoviale étaient dans un état d'intégrité parfaite.

M. Morel-Lavallée a fait la même observation que M. Hattier ;

il a vu, comme lui, des arthrocaces séniles tantôt avec altération des extrémités articulaires des os, d'autres fois sans altération de ces os ; il a vu aussi assez souvent les surfaces cartilagineuses saines, les os étant malades. C'est donc une étude à poursuivre.

M. Lebert. J'ai vu un grand nombre de pièces osseuses qui démontrent que les extrémités osseuses des os affectés d'arthrocace sénile peuvent être atrophiées ou hypertrophiées ; je n'admets pas l'analogie que l'on veut établir entre cette maladie et le rachitisme. Quant aux altérations que l'on a décrites dans ces derniers temps sous le nom d'arthrite sèche, M. Robert Smith avait déjà donné une description complète de ces altérations.

M. Demarquay. Je crois que la dénomination d'arthrite sèche par laquelle on désigne l'altération des os, des cartilages et des synoviales que l'on rencontre si souvent sur les articulations des vieillards, est une mauvaise dénomination qui préjuge de la nature des altérations ; rien ne prouve, en effet, que, dans la plupart des cas, ces altérations soient le produit d'un travail inflammatoire.

J'ai fait depuis deux ans des autopsies d'individus dont les articulations étaient altérées dans les os, les cartilages et les synoviales. Plusieurs de ces articulations pouvaient être considérées comme des types d'arthrite sèche. Eh bien, chez ces mêmes sujets, j'ai trouvé des ossifications des artères, des altérations des veines ; les valvules du cœur étaient ossifiées. Personne actuellement n'oserait dire que ces altérations vasculaires sont toujours le produit de l'inflammation. Et cependant les altérations des surfaces articulaires qui sont aussi liées à l'âge des individus, comme les altérations des artères, sont classées parmi les produits de l'inflammation. Pour ces raisons, j'approuve M. Hattier d'avoir conservé à ces altérations le nom d'arthrocace sénile ; mot qui ne préjuge en rien leur nature, et ne leur assigne pas une fausse origine. J'aime mieux admettre qu'elle dépendait de causes générales qu'il faudra apprécier à l'avenir.

M. Lebert. Je crois aussi que la dénomination d'arthrite sèche est mauvaise, et que les altérations qui ont été décrites sous ce nom sont liées à une cause plus générale que l'inflammation.

M. Gosselin. Je n'admets pas l'opinion de MM. Morel et Hattier, qui tendrait à admettre que l'arthrocace sénile débutait toujours par les os. J'ai vu souvent à l'Ecole pratique des pièces pathologi-

ques affectées d'artbrocace sénile, avec altération des cartilages et des synoviales, les os étant intacts.

Présentation de pièces. — Variétés d'hydrocèles.

M. Demarquay présente deux testicules, sur lesquels on constate les altérations suivantes : sur l'un d'eux une hydrocèle du cordon, grosse comme un œuf de poule, est venue se placer entre la tête de l'épididyme et le testicule. Cette espèce d'hydrocèle a été bien étudiée par M. Gosselin. Sur l'autre testicule, voici ce que l'on constate : il s'est formé une accumulation de sérosité à la partie inférieure du testicule, entre la tunique séreuse testiculaire et la membrane albuginée. Tout d'abord, un examen superficiel de cette tumeur aurait fait croire à un kyste séreux testiculaire; mais l'examen du liquide fait au microscope par M. Gosselin et l'étude attentive de la pièce ont démontré qu'il ne s'agissait que d'une hydrocèle testiculaire ayant son siége entre la tunique séreuse et la tunique albuginée.

Canal hépato-cystique.

M. Gubler soumet à la Société une pièce d'anatomie propre à démontrer l'existence des conduits hépato-cystiques indiqués par un grand nombre d'auteurs anciens et bien décrits par Biancbi dans son *Historia hepatica.*

Vers le fond de la vésicule biliaire présentée par M. Gubler, on voit une dépression infundibuliforme, dans laquelle s'engage facilement un stylet de trousse. L'instrument se trouve bientôt arrêté par des cloisons transversales; mais il est évident que l'entonnoir, visible à la face interne de la vésicule, se prolonge au debors en un véritable conduit, qu'on a pu suivre, en l'isolant, jusqu'à la substance du foie qui forme le fond de la fossette cystique. Ce conduit peut être insufflé à l'aide d'une canule de trocart explorateur, et M. Gubler répète l'expérience devant la Société. Avant que la pièce eût macéré dans l'alcool, l'air pénétrait jusqu'à la substance bépatique. Là le canal devenait très fin, et suivait avant de se perdre un trajet curviligne de 2 à 3 millimètres. Il est encore très petit dans une partie de son trajet à travers la coucbe celluleuse et la tunique dartoïde de la vésicule; mais, dans la première moitié de son étendue, à partir de son embouchure dans le réservoir biliaire, ce canal prend des dimensions assez considérables pour égaler le

volume d'une plume de corbeau. Lorsqu'il est distendu, il est bosselé à l'extérieur et semble parcouru intérieurement par des cloisons diversement inclinées par rapport à son axe, comme cela se voit dans le conduit cystique proprement dit.

Ce conduit hépato-cystique s'ouvre obliquement dans la vésicule, et son embouchure est pour ainsi dire ensablée de gravelle biliaire qu'on aperçoit au travers de la membrane muqueuse soulevée. Des concrétions identiques se retrouvent en d'autres points du fond de la vésicule, et M. Gubler est porté à croire que les cavités qui les renferment ne sont autre chose que les orifices de conduits hépato-cystiques d'un plus petit calibre.

— M. LE PRÉSIDENT avertit la Société qu'elle doit procéder dans la prochaine séance à l'élection annuelle des membres du bureau.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Séance du 22 *juin* 1852.

Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La Société a reçu un livre livre allemand ayant pour titre : *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde.* Jahrgang 1852. Prag. (M. Lebert est chargé de rendre compte de ce volume.)

— L'ordre du jour appelle le renouvellement du bureau. Sont nommés :

MM. Guersant, président ;
Denonvilliers, vice-président ;
Marjolin, secrétaire ;
Laborie, vice-secrétaire ;
Debout, trésorier.

Membres du comité de publication :

MM. Gosselin,
Cullerier,
Chassaignac.

Développement de gaz dans les veines.

M. Maisonneuve. L'année dernière j'ai appelé l'attention de la Société de chirurgie sur un fait grave : le développement spontané de gaz dans le système veineux d'un membre affecté de gangrène. J'ai eu occasion tout récemment de refaire la même observation sur un malade de mon service. Ce malheureux est entré à Cochin pour une fracture compliquée de l'avant-bras. La gangrène survint très rapidement; pour en arrêter la marche, je fis l'amputation du bras au-dessous de l'insertion deltoïdienne. A l'examen de la partie enlevée, il me fut facile de constater que des gaz sortaient par bulles du système veineux.

M. Roux. La communication de M. Maisonneuve est intéressante; mais il importe de savoir dans quelle condition la gangrène est survenue : le membre a-t-il été comprimé par un appareil mal fait et cette cause n'a-t-elle point déterminé le sphacèle, ce qui arrive assez souvent à la suite de fractures mal pansées? ou bien cette gangrène serait-elle survenue spontanément?

M. Gosselin. L'observation qui vient de nous être communiquée par M. Maisonneuve soulève une question médico-légale très intéressante. En effet, il importe de savoir si la gangrène, dans les cas de fracture, simple est toujours liée à un appareil trop serré, ou bien si elle dépend de la fracture elle-même; cette question m'avait été posée, il y a quelque temps, par un médecin de province à à propos d'un procès qui lui avait été intenté à la suite d'un accident de ce genre. Il m'a été impossible de formuler une réponse nette à cet égard, les matériaux manquant.

M. Maisonneuve. Dans les fractures compliquées de plaies contuses, on voit survenir la gangrène en dehors de toute compression; j'ai vu cet accident être la suite de fractures de jambe, rarement à la suite de fractures de l'avant-bras. Le malade qui est l'objet de cette communication avait une fracture compliquée de plaie avec issue de fragments et intégrité des artères. L'appareil avait été un peu serré par le médecin qui lui avait donné les premiers soins. Cet appareil fut remplacé par un autre moins serré, et, nonobstant, la gangrène était déclarée le lendemain.

M. Marjolin. J'admets complétement que la gangrène puisse surveuir dans un membre affecté de fracture non compliquée. Les

fragments d'os déplacés peuvent amener la compression des parties voisines et d'autres désordres, susceptibles à leur tour de déterminer la gangrène. Ne voit-on pas, à la suite de ces fractures, des ecchymoses, des phlyctènes survenir? Il y a en effet, alors, une compression de dedans au dehors qui, dans certains cas, peut amener le sphacèle du membre. Ce qu'il importe de faire dans ces circonstances, c'est de réduire la fracture et de mettre le membre dans une bonne position.

M. Roux. Je compreuds et j'admets que la gangrène survienne à la suite de fractures graves, en dehors de toute compression; mais, dans les fractures simples, il n'en est plus de même. Les appareils serrés et mouillés, dont plusieurs chirurgiens se servent dans ces cas, peuvent déterminer des accidents graves; je pourrais en citer un bon nombre, parmi lesquels il en est un qui m'a vivement frappé: il s'agit d'un phlegmon violent de l'avant-bras déterminé par l'application d'un de ces appareils, et qui a amené le chirurgien à faire l'amputation du bras.

M. Larrey considère le fait communiqué par M. Maisonneuve comme offrant de l'intérêt non pas à un seul point de vue, mais sous plusieurs rapports.

Ainsi, pour ce qui est d'abord des fractures de l'avant-bras, eu égard à la complication de plaie, à l'attrition des parties molles, on conçoit très bien que, sous l'influence aussi de certaines conditions plus ou moins appréciables, la gangrène puisse se déclarer d'emblée, sans l'intervention nécessaire d'une cause mécanique, telle que la compression produite par un appareil trop serré; mais il est difficile d'admettre qu'une fracture simple de l'avant-bras puisse amener la mortification même partielle du membre sans qu'elle soit due à une compression trop forte, lorsque surtout on a négligé l'application d'un gantelet. Je crois, du reste, comme M. le professeur Roux, que la gangrène traumatique a plus de tendance à se déclarer dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs. C'est l'inverse pour la gangrène dite spontanée ou sénile.

Un second point notable du fait précité, c'est la présence de gaz dans les veines et l'infiltration emphysémateuse des tissus; d'où les chances d'une sorte d'infection miasmatique, plus redoutable dans cette forme de gangrène humide que dans la forme appelée gangrène sèche.

En troisième lieu, et comme conséquence, la nécessité de sacrifier le membre permettrait de discuter la question de savoir dans quelles conditions il convient d'amputer, soit avant, soit après la délimitation de la gangrène traumatique.

S'il s'agissait, enfin, de couper le bras très haut pour s'éloigner plus sûrement des limites de la mortification, il resterait à savoir, ajoute M. Larrey, s'il ne conviendrait pas mieux souvent, comme c'était, du reste, l'opinion de mon père, de pratiquer l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale, plutôt que de s'en rapprocher jusqu'au point de laisser un moignon trop court exposé à tous les accidents nerveux ou spasmodiques de ces sortes d'opérations.

M. Maisonneuve. J'ai en effet, au commencement de ma communication, dit la raison pour laquelle je préférais l'amputation du bras très haut à la désarticulation de ce dernier dans l'article, mais je n'ai point voulu soulever toutes les questions que vient de développer M. Larrey ; j'ai seulement voulu parler d'une gangrène que j'appellerai foudroyante, et qui a amené un développement de gaz dans le système veineux. Cet accident nécessite une prompte amputation si on ne veut pas voir succomber le malade. Je dirai, en terminant, que, après avoir éprouvé des accidents graves, mon malade est en bonne voie de guérison.

M. Morel-Lavallée. Je regrette que M. Maisonneuve n'ait point recueilli sous l'eau les gaz qui se sont développés dans les veines du membre dont il a fait l'amputation, de telle sorte qu'on eût pu en déterminer la nature.

M. Guersant. J'ai souvent eu occasion de voir la gangrène survenir à la suite d'appareil trop serré dans le cas de fracture simple ; or, dans ces cas, la lésion était bien limitée ; tandis que dans le fait de M. Maisonneuve elle est vague, diffuse. Je crois qu'au point de vue médico-légal cette observation a sa valeur.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Séance du 1er juillet 1852.

Présidence de M. Larrey.

Buste de Marjolin.

Mme Marjolin fait hommage à la Société de chirurgie du buste de M. le professeur Marjolin, exécuté par M. Dantan. — Des remercîments sont unanimement votés à Mme Marjolin et à sa famille.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre de M. Borelli, de Turin, dans laquelle il offre à la Société de lui adresser des travaux sur les injections iodées. — Cette proposition est acceptée;

2° Plusieurs brochures de M. Bowman, professeur de physiologie et chirurgien de King's college hospital, etc. :

1. *Observations sur les pupilles artificielles;*
2. *Nouvelle méthode de traitement applicable à certains cas d'épiphora;*
3. *Cas remarquable d'hématocèle du cordon spermatique;*
4. *Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXXIV.

M. Giraldès est chargé de faire un rapport verbal.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Gangrène dans les fractures.

A propos du procès-verbal, M. Robert revient sur la communication de M. Maisonneuve.

Il y a cinq ans, ajoute-t-il, j'ai eu occasion de donner des soins à une jeune fille qui, à la suite d'une fracture de la partie inférieure du radius, a été prise de gangrène de l'avant-bras fracturé; cette gangrène était accompagnée de développement de gaz. En trois jours elle était arrivée au niveau de l'insertion deltoïdienne. Pour arrêter le progrès du mal, je dus faire la désarticulation de l'épaule en un seul lambeau; en taillant celui-ci, il s'échappait des milliers de bulles de gaz des aréoles du tissu cellulaire. Nonobs-

tant la présence de ces gaz, la plaie, grâce à l'emploi de la glace, s'est réunie par première-intention. Ce fait prouve donc que dans certains cas il est bon que le chirurgien ampute, comme l'avait dit Larrey, avant que la gangrène soit limitée.

M. Guersant. Je désirerais savoir dans quelles conditions la gangrène est survenue chez la jeune fille observée par M. Robert. A-t-elle été provoquée par l'application d'un appareil trop serré, ou bien est-elle due à la cause fracturante elle-même. Il importe, en effet, de chercher à déterminer la différence qui existe entre ces deux gangrènes.

M. Robert. La gangrène est survenue, dans le fait que j'ai eu occasion d'observer, comme elle survient quelquefois à la suite de fractures de membres, non pas parce que le membre a été étranglé par l'appareil, mais bien par l'obstacle que l'on apporte au développement qui doit s'accomplir dans les parties lésées. Sous l'influence de la fracture et de cet obstacle, il se développe dans la partie une inflammation spécifique avec formation de gaz.

M. Deguise termine cette discussion en rapportant deux observations d'écrasement d'un des membres supérieurs. Dans un cas il pratiqua la désarticulation de l'épaule, et son malade mourut; dans l'autre il fit l'amputation du bras très haut, et son malade a survécu. Cette communication prouve que l'on peut dans certaines circonstances pratiquer avec succès l'amputation du bras très haut.

Kyste de la mâchoire inférieure.

M. Forget lit un mémoire qui a pour titre : *Etude clinique sur les kystes de la mâchoire inférieure.*

L'auteur recherche les signes différentiels propres à éclairer le diagnostic de ces tumeurs, à la distinguer l'une de l'autre, et pouvant empêcher de la confondre avec les diverses productions cancéreuses, et plus particulièrement avec l'ostéo-sarcome.

Il s'occupe d'établir, sur les données de l'anatomie pathologique, le point de départ du kyste osseux, la diversité des produits qui entrent dans leur composition, et l'absence de toute solidarité originelle entre eux et le canal dentaire.

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes :

1° Il existe trois variétés de kystes osseux : les kystes liquides, les kystes solides, les kystes à produits mixtes.

2° Des kystes liquides, les uns sont simples, comme le kyste alvéolo-dentaire; les autres composés, ce sont les kystes multiloculaires ou hydatiformes.

3° L'étude clinique du kyste et de l'ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure démontre que le diagnostic différentiel de ces deux maladies peut être fondé sur des signes qui ordinairement ne permettent guère de les confondre.

4° Si le diagnostic des kystes entre eux est obscur à leur début, leur développement ultérieur en fait assez sûrement reconnaître la nature.

5° Le kyste alvéolo-dentaire est borné à une partie restreinte de l'os; le corps fibreux enkysté affecte la même disposition; le kyste multiloculaire peut s'étendre à toute une moitié de l'os maxillaire.

6° Le kyste multiloculaire ou hydatiforme a pour point de départ les cellules du tissu spongieux. Il reconnaît pour double cause originelle une lésion vitale et une sécrétion morbide de la membrane médullaire, qui, modifiée ou altérée dans sa structure, constitue l'enveloppe intérieure du kyste.

7° Les produits enkystés de la mâchoire inférieure ne prennent pas naissance dans le canal dentaire, qui continue pendant longtemps à protéger efficacement le nerf et les vaisseaux qu'il contient.

8° Par suite de l'évolution du kyste, le canal dentaire peut être élargi, déplacé, usé et détruit en partie.

9° Les indications générales pour le traitement de ces tumeurs sont d'ouvrir le kyste, d'en faire écouler le liquide qu'il renferme, ou d'en extraire le solide qui y est inclus, puis d'enflammer sa cavité.

10° Les procédés chirurgicaux propres à remplir ces indications n'ont rien d'absolu; ils doivent varier suivant chaque cas. La règle à suivre ici est de subordonner sa conduite aux exigences de l'actualité pathologique.

M. Robert. D'après le travail de M. Forget, on pourrait croire que l'ablation des corps fibreux développés dans le maxillaire inférieur est chose facile. Je demanderai à notre confrère s'il a eu occasion d'enlever de ces produits morbides; quant à moi, j'ai dû renoncer à l'énucléation d'un de ces corps développé dans le maxil-

laire supérieur, et recourir à l'ablation de la portion de l'os sur laquelle s'était faite l'implantation.

M. Forget. Je pense, comme M. Robert, qu'il y a des cas où la résection de la portion d'os qui reste d'implantation au corps fibreux est le seul parti à prendre : c'est lorsque ce dernier se reproduit avec une persistance très grande après une première opération. Ce cas excepté, quelle que soit la fusion apparente entre le produit fibreux et le tissu osseux, je considère l'extirpation suivie de la rugination et de la cautérisation comme le procédé chirurgical à suivre, et je ne crois pas que l'on doive d'emblée faire subir à l'os une solution de continuité étendue.

M. Giraldès. M. Forget ne se fait point une idée nette des corps fibreux ; il les confond avec un certain nombre de produits morbides que l'anatomie pathologique cherche à différencier, tels que l'enchondrome, l'exostose cartilagineuse, etc. Il y a un principe fondamental dont il ne faut jamais s'écarter en anatomie normale et pathologique : c'est que, dans ces deux sciences, il faut procéder par démonstration et non pas par assertion. Que dit M. Forget ? que les kystes hydatiformes commencent par la membrane médullaire. Eh bien ! M. Gosselin a démontré que cette membrane n'existe pas dans les os. En un mot, le travail de M. Forget me paraît être un pas en arrière au point de vue de l'anatomie pathologique, et non pas un progrès.

M. Forget. M. Giraldès me fait un reproche, suivant moi, peu fondé. Je dirai tout d'abord que je n'ai point voulu reculer les limites de la science, mais attirer l'attention de la Société sur un point qui me paraît encore obscur ; j'ai cherché à démontrer que les kystes du maxillaire inférieur pouvaient être distingués du cancer. Je n'avais point à faire l'histoire de ce produit morbide, non plus que celle des autres altérations qui se rapprochent de celles-là. Je devais rester dans la question des kystes du maxillaire ; c'est sur ce terrain que M. Giraldès devait m'attaquer, et non pas sur le cancer et les autres tumeurs du maxillaire inférieur, qui ne m'occupent que très secondairement.

M. Gosselin. J'ai, en effet, démontré que la membrane médullaire des os, comme la décrivent les auteurs classiques, n'existe pas. Les os sont formés, comme l'a démontré M. Gerdy, d'une série

de canalicules au centre desquelles se trouve l'élément vasculaire de l'os ; ces vaisseaux viennent aboutir au canal médullaire, où, réunis à de la graisse, ils constituent la moelle des os. Or, quand un produit morbide se forme, ce n'est point aux dépens de la membrane médullaire, mais aux dépens des vaisseaux qui remplissent les canalicules osseuses ou qui tapissent l'intérieur des aréoles du tissu spongieux.

M. Forget. M. Gosselin nie la membrane médullaire à l'état physiologique ; mais il admet qu'à l'état pathologique les éléments vasculaires subissent une transformation membraneuse. L'explication que vient de donner M. Gosselin me satisfait pleinement, et je suis heureux qu'il ait bien voulu me la donner. Peu m'importe, en effet, que la membrane médullaire soit primitive ou consécutive ; l'important, c'est qu'elle existe dans des conditions données.

Le travail de M. Forget est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

Tumeurs multiples de la tête.

M. Denonvilliers attire l'attention de la Société sur le fait suivant :

Une femme âgée de cinquante ans environ est entrée dans son service pour se faire traiter d'un certain nombre de tumeurs qu'elle porte à la tête. Le cuir chevelu a pris la forme des circonvolutions cérébrales. Ces tumeurs, au nombre de douze, ont toutes le caractère de kystes. M. Denonvilliers, étant décidé à enlever les deux plus volumineuses tumeurs, constate que l'une d'elles est très dure d'un côté et molle de l'autre. Une pression légère exercée de ce côté donne lieu à une dépression facile qui permet de déplacer un corps étranger, et donne à l'observateur la même sensation qu'on éprouve quand on vient à déprimer la paroi utérine soulevée par le pied ou le coude d'un enfant. M. Denonvilliers, avant d'opérer, déclare que la tumeur qu'il va enlever est le siège d'un corps étranger de forme pyramidale et élastique. Sans se prononcer sur la nature de ce corps, il pense que probablement il est de nature cornée. L'opération faite, on constate que la poche renferme un

liquide en partie concrété et un corps de forme pyramidale, avec des ramifications stalactiformes. L'examen microscopique a démontré que ce corps était de nature épidermique.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.



FIN DU TOME DEUXIÈME.